

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIFESP *campus* BAIXADA SANTISTA
TERAPIA OCUPACIONAL**

**INSTITUCIONALIZAÇÃO E RACISMO: RELATO E ANÁLISE DA
EXPERIÊNCIA DE VIDA DE EX-INTERNOS DE HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO**

INGRID CRISTINE FONSECA

**SANTOS
2018**

INGRID CRISTINE FONSECA

**INSTITUCIONALIZAÇÃO E RACISMO: RELATO E ANÁLISE DA
EXPERIÊNCIA DE VIDA DE EX-INTERNOS DE HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de São Paulo como exigência para obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.
Orientador: Prof. Doutor Fernando Sfair Kinker.

**SANTOS
2018**

INGRID CRISTINE FONSECA

**INSTITUCIONALIZAÇÃO E RACISMO: RELATO E ANÁLISE DA
EXPERIÊNCIA DE VIDA DE EX-INTERNOS DE HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade
Federal de São Paulo como exigência para obtenção do título de
Bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientador: Prof. Doutor Fernando Sfair Kinker.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Debora Galvani

Prof. Dr. Fernando Sfair Kinker

**SANTOS
2018**

Dedico esse trabalho em memória da Marielle Franco, Cláudia Silva Ferreira, Maria Eduarda, Amarildo Dias de Souza, Rodrigo Alexandre da Silva Serrano, Jhonata Dalber Matos Alves e à todos que foram mortos pelo racismo, bem como aqueles que dedicam a sua vida pela luta contra o racismo.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer à todos os militantes e ativistas que lutaram por muitos anos e conquistaram as cotas raciais como ação afirmativa no nosso país. Um dos motivos para que hoje eu seja a primeira da minha família a me formar na universidade pública é resultado dessa luta! Em particular à todos os educadores e membros do Cursinho Comunitário AFROSAN, que no ano de 2014, dedicaram seu sábado, por meses, a ensinar jovens que tinham o sonho de entrar na universidade pública. Essa conquista é nossa!

À turma 10 por estarem nessa caminhada junto comigo, foi muito especial fazer parte dessa turma que contribuiu valiosamente para a minha jornada acadêmica. Sou grata pelos conselhos, palavras de apoio e risadas. Foi graficamente crescer e aprender junto com todas e todos vocês!

Às minhas professoras, professores, técnicos e preceptores de estágio terapeutas ocupacionais que se dedicaram a ensinar excelentemente e contribuíram bastante para a minha formação como terapeuta ocupacional. Em especial ao professor Fernando Kinker, por acreditar na minha pesquisa e ter toda a paciência e cuidado do mundo ao me orientar! À professora Débora Galvani que me inspira com seu trabalho com os imigrantes e em relação a África, que me encoraja a seguir caminhos que eu não imaginava que seriam possíveis seguir como terapeuta ocupacional. E a professora e amiga Gabriela Vasters por tornar a minha trajetória acadêmica mais leve, por me mostrar que na Terapia Ocupacional também existe um espaço de luta, por me acolher sempre que necessário, por me incentivar e me apresentar a Terapia Ocupacional Social com tanta paixão que me contaminou e eu fui incapaz de não me apaixonar também por essa área que espero ansiosamente seguir, e agradeço por sempre acreditar em mim e no meu potencial como pessoa e como terapeuta ocupacional.

À minha família e meus familiares por me apoiarem, sustentaram e me incentivarem a estudar e ser a mulher que sou. Se eu não tivesse o apoio de vocês nesses últimos quatro anos, esse percurso na universidade seria mais árduo e, provavelmente, impossível. É um privilégio poder estudar o que eu amo e sentir o orgulho de vocês quando falam que sua filha/sobrinha/neta está na UNIFESP

cursando Terapia Ocupacional. Eu só sou a primeira de muitas Fonsecas e Machados que terão essa conquista!

Ao meu querido companheiro Crespo pela amizade, afeto, apoio e incentivo. Por ouvir todas as minhas ideias sobre a pesquisa, por fazer elogios e críticas construtivas quando necessário; por me acolher em todas as crises acadêmicas e sobre o futuro, por sempre ficar feliz pelas minhas conquistas, por me incentivar sempre a ser melhor, por me presentear com brigadeiros sempre que necessário e por me desestressar sempre que eu bancava a menina-trabalhadora-acadêmica que não parava para respirar. Você me fez parar para respirar, você acalmou minhas neuroses e tornou as semanas mais estressantes em semanas cheias de risadas gostosas que só consigo ter com você.

Às minhas amigas e amigos, pela amizade, por torcerem por mim na minha caminhada, pelas risadas e principalmente, por compreenderem meu momento de dedicação à universidade que nos custou muitas ausências devido a estudos, provas e seminários.

Aos narradores Erik* e Lucas* por compartilharem suas histórias de vida comigo. Todos os nossos encontros foram lições que a sala de aula nunca poderia me proporcionar. Sem vocês esse trabalho não seria possível!

À todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação e da minha trajetória nesses últimos quatro anos.

E por fim, agradeço a mim mesma e ao universo. Ao universo, por me dar a oportunidade de conhecer a Terapia Ocupacional e a mim mesma por abraçar essa oportunidade, e me dedicar de corpo e alma a esse profissão que me encanta todo dia. Eu sei melhor que ninguém as barreiras, receios e medos que tive que superar para chegar até aqui hoje e estar tão perto do diploma. E agradeço a mim mesma por suportar tudo isso e nunca pensar em desistir, mesmo quando desistir parecia ser menos doloroso. Não foi uma caminhada fácil, mas foi trajetória maravilhosa, com pessoas extraordinárias, vivências e oportunidades únicas graças a todos vocês, ao universo e a mim mesma.

À vocês meus eternos agradecimentos.

“[...] Desde cedo a mãe da gente fala assim:
“Filho, por você ser preto,
você tem que ser duas vezes melhor.”
Aí passado alguns anos eu pensei:
Como fazer 2 vezes melhor, se você tá pelo menos
100 vezes atrasado pela escravidão, pela história,
pelo preconceito, pelos traumas, pelas psicoses...
Por tudo que aconteceu?
Duas vezes melhor como?
Ou melhora ou ser o melhor ou o pior de uma vez.
E sempre foi assim.
Você vai escolher o que tiver mais perto de você,
o que tiver dentro da sua realidade.
Você vai ser duas vezes melhor como?
Quem inventou isso aí?
Quem foi o pilantra que inventou isso aí?
Acorda pra vida rapaz.”

MANO BROWN

RESUMO

Esta pesquisa nasce do interesse em compreender a articulação entre a questão do racismo institucional e a institucionalização na área da saúde mental, que afeta a saúde e o cuidado integral da população negra em sofrimento psíquico. A importância de estudar essa temática vem da escassez de pesquisas sobre essa problemática. Além disso, compreender como o racismo pode ser um possível propulsor do surgimento de sofrimento psíquico e um dificultador do cuidado, é abrir um leque de possibilidades para que essa população seja acolhida e cuidada da devida forma. O objetivo desta pesquisa é conhecer e apontar o impacto da institucionalização na vida e cotidiano dos sujeitos, bem como indicar a presença e as consequências do racismo institucional na vivência dentro do manicômio. O método de investigação da pesquisa se utilizará de narrativas de ex-internos do antigo hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta, que se identifiquem com a etnia negra. Presumimos que através dessa pesquisa podemos contribuir com o surgimento de debates e reflexões sobre essa problemática, destacando as contribuições e desafios da atuação da Terapia Ocupacional, visando proporcionar o cuidado integral a essa população.

Palavras-chave: Institucionalização; Racismo; Racismo Institucional; Saúde Mental

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	09
2. INTRODUÇÃO: CONTEXTUALIZANDO E APRESENTANDO A CONJUNTURA.....	11
2.1 NEGRO E RACISMO NO BRASIL	11
2.2 RACISMO INSTITUCIONAL	14
2.3 INSTITUCIONALIZAÇÃO	17
2.4 CASA DE SAÚDE ANCHIETA, INTERVENÇÃO E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO MUNICÍPIO DE SANTOS	20
2.5 TERAPIA OCUPACIONAL	22
3. OBJETIVOS	24
4. METODOLOGIA DE PESQUISA	25
4.1 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	27
5. RESULTADOS	28
5.1 APRESENTAÇÃO DAS NARRATIVAS	28
5.1.1 UMA BREVE HISTÓRIA DE ERIK*	28
5.1.2 UMA BREVE HISTÓRIA DE LUCAS*.....	29
5.2 PERCEPÇÕES E AFETOS DA PESQUISADORA	35
6. REFLEXÃO E DISCUSSÃO	39
6.1 O QUE É SER NEGRO?	39
6.2 REPRODUÇÃO DO RACISMO	41
6.3 RACISMO É IGNORÂNCIA?	43
6.4 SOFRIMENTO DA POPULAÇÃO NEGRA E SAÚDE MENTAL	45
6.5 CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS DA ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL	48
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS	53
9. ANEXOS	57

1. APRESENTAÇÃO

A ideia desta pesquisa veio do interesse em compreender a articulação entre a questão do racismo e a da institucionalização na área da saúde mental. A existência do manicômio e do racismo me intrigam, pois são duas instituições que (re)produzem muita violência, e ao mesmo tempo em que existem pessoas que militam pelo fim dos manicômios e pelo fim do racismo, existe uma pequena parcela que lucra com essa violência, e devido a essa pequena, mas influente parcela, tanto o manicômio quanto o racismo prevalecem na nossa sociedade.

A questão racial sempre esteve muito presente na minha vida - no entanto, com a minha chegada no curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) , agora no ambiente acadêmico, tive a oportunidade de participar de diversas discussões que me fizeram pensar, criar e transformar minha perspectiva sobre ser negra, sobre como a sociedade funciona e como o racismo está posto.

Já a discussão do manicômio nunca esteve existente na minha vida - ela tornou-se totalmente presente na UNIFESP, nas discussões nas salas de aula, no contato com usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e nos eventos da Luta Antimanicomial. Saber que o manicômio não era um lugar de cuidado para pessoas com sofrimento psíquico, mas um lugar que produzia muita violência foi o meu primeiro choque. O segundo foi saber que a Casa de Saúde Anchieta já existiu em Santos, na cidade em que eu nasci e vivi minha vida inteira, e que ninguém nunca me contou da existência desse lugar até eu entrar na universidade. A primeira coisa que me veio à cabeça com essa descoberta foi: *“Será que as pessoas sabem disso? Como um lugar horrível desse esteve aqui? Como demoraram tanto para fazer algo? Por que as pessoas não falam mais disso? Esqueceram? Como podem esquecer de algo assim?”* E todo esse questionamento me provocou a pensar e a pesquisar sobre essa temática.

Já existem muitas pesquisas sobre os manicômios e sobre as vivências dos ex-internos. Contudo, concomitantemente, havia um desejo e uma necessidade minha de discutir a questão do racismo. Então, nasce a ideia de pesquisar a

articulação do racismo institucional com a institucionalização e de como essas duas instituições afetam a população negra - uma linha de pesquisa nova e necessária.

Partindo dessa ideia iremos focar e explorar essa trama no contexto da cidade de Santos, na Casa de Saúde Anchieta. Outro elemento importante que será esmiuçado é a questão da raça e etnia. Existem peculiaridades da população negra que afetam diretamente e diariamente a essa população, sobretudo no âmbito da saúde mental, sendo o racismo institucional uma delas.

O racismo institucional é um sistema que leva à produção de exclusão social, que pode ocorrer em várias esferas. O hospital psiquiátrico é um lugar de exclusão social, violação de direitos, desumanização e mortificação do eu. Contudo, se o racismo é um fator que atravessa instituições e produz mais violência, as vivências nessas instituições podem ser distintas para uma pessoa branca e negra. Além de que, o racismo pode ser produtor e contribuir para o surgimento de sofrimento psíquico.

Para compreendermos a complexidade deste assunto é necessário contextualizarmos e recuperarmos a história invisibilizada. O capítulo a seguir vai contextualizar os objetos de pesquisa, usando a literatura e dados importantes para instigar e impulsionar o leitor a compreender todo o processo de produção dos dados e discussão das questões levantadas. Em seguida, teremos a apresentação dos objetivos gerais e específicos que orientaram essa pesquisa. Dando continuidade, teremos a apresentação da metodologia da pesquisa e das estratégias que fizeram parte de todo o processo, assim como suas ferramentas. Posteriormente teremos a apresentação de dados, com as narrativas de Erik* e de Lucas* (nomes fictícios) e as percepções da pesquisadora; teremos também a discussão dos assuntos levantados nas narrativas, incluindo uma reflexão sobre as contribuições da terapia ocupacional a respeito do enfrentamento do racismo. Por fim, teremos as considerações finais das reflexões abordadas nesse processo. com reflexões sobre o processo realizado.

2. INTRODUÇÃO: CONTEXTUALIZANDO E APRESENTANDO A CONJUNTURA

2.1 NEGRO E RACISMO NO BRASIL

A escravidão no Brasil surge no início da colonização dos portugueses, ainda no século XVI e durou mais de três séculos. O Brasil foi o último país da América Latina a abolir a escravidão em 1888. Devido ao seu histórico, existem fortes marcas e consequências que ainda afetam a população negra no país. Apesar da abolição mediante a Lei Áurea em 13 de maio de 1888, não houve políticas para integrar aqueles sujeitos que viveram toda a sua vida sendo escravos, logo a população negra permaneceu marginalizada, tendo acesso desigual a trabalho, educação e condições dignas de vida. (CEHMOB e col, 2014)

O surgimento do racismo no Brasil é produto do seu histórico escravocrata e a manutenção do racismo é feita pelo Estado e pela classe dominante por meio das relações de poder. O racismo não é uma entidade, ele está presente nas relações de poder e as relações são constituídas por pessoas. Segundo Brígido (2013) - em seu trabalho que analisa a teoria foucaultiana sobre o poder - o poder não está fixo em um lugar específico, mas está disseminado e agindo em toda a sociedade mediante os seus mecanismos; o poder atua como uma força coagindo, disciplinando e controlando os sujeitos. O poder também não é uma entidade, ele está na ação e essa ação é que produz realidade e verdade, que são determinadas pelas relações de poder e influenciadas por aqueles considerados dominantes.

Segundo Foucault (1979) a verdade não existe fora do poder ou sem o poder, ela é produzida devido às diversas coerções que produzem efeitos regulamentados de poder. Foucault (1979, p.13) relata que em nossas sociedades, a “economia política” da verdade tem cinco características:

- 1) A *verdade* seria centrada na forma do discurso científico e nas instituições que o produzem;
- 2) Está sujeita às oscilações da economia e política;
- 3) É agente que circula nos meios de consumo e de comunicação;

- 4) É produzida e propagada sob o controle - que não é exclusivo de apenas uma entidade, mas daquelas dominantes, como a universidade, os meios de comunicação, a ciência, o estado;
- 5) E a verdade é objeto de luta ideológica.

Entende-se como *verdade* um conjunto de procedimentos regulados para a produção, que está conectada com o sistema de poder. Sendo assim, o racismo é sustentado por essas relações de poder e assegurado por essa verdade que o poder produz. Desta forma, ao passar dos séculos a sociedade vai idealizando mecanismos como a religião, a ciência, o medo para fortalecer a cultura do racismo que encobre as relações concretas de poder.

Atualmente, no Brasil, o racismo afeta primordialmente a população negra. Segundo o Estatuto da Igualdade Racial (Lei 12.228\2010) a população negra é o conjunto de pessoas que se autodeclaram pretas e pardas, de acordo com o quesito cor ou raça usado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que são: amarela, branca, indígena, parda e preta. A junção de pretos e pardos no grupo *negros* vem da justificativa de suas características muito similares em indicadores socioeconômicos e nas discriminações de ordem racial (BRASIL, 2016) Algumas linhas ideológicas do movimento negro discordam da existência do termo pardo como classificação de raça e cor, argumentando que existem diversos tons de preto e que o termo pardo - que normalmente não se reconhece como negro - é uma forma de embranquecimento e de afastamento da negritude - que apesar do tom de pele mais claro, não deixa de ser uma pessoa negra e que irá sofrer com o racismo. Contudo, quanto mais escuro for a cor da pele mais o racismo fica em evidência, quanto mais clara for a cor da pele mais o racismo fica velado e mais “*privilégios*” o negro com a pele clara poderá usufruir. Em vista disso, há uma idealização de que quanto mais próximo da branquitude melhor e maiores serão as possibilidades de êxito e aceitação (SOUSA, 1983; GUIMARÃES, 1995)

A maneira pela qual essa idealização “*de quanto mais claro melhor*” permeia na sociedade é responsável pelos estereótipos, papéis sociais e ocupacionais que afetam o cotidiano das pessoas negras, bem como o anseio dos negros de se afastarem da negritude para ficarem mais próximos dos privilégios e da aceitação da branquitude, o que ocorre de forma inconsciente.

No livro *Pele Negra Máscaras Brancas*, o autor Frantz Fanon (2008) relata a necessidade de tornar consciente aquilo que é inconsciente, para que o negro tenha consciência de que não existe algo errado nele, mas que há algo errado nas estruturas sociais, e que são elas que devem ser mudadas.

Surge, então, a necessidade de uma ação conjunta sobre o indivíduo e sobre o grupo. Enquanto psicanalista, devo ajudar meu cliente a conscientizar seu inconsciente, a não mais tentar um embranquecimento alucinatório, mas sim a agir no sentido de uma mudança das estruturas sociais. Em outras palavras, o negro não deve mais ser colocado diante deste dilema: branquear ou desaparecer, ele deve poder tomar consciência de uma nova possibilidade de existir; ou ainda, se a sociedade lhe cria dificuldades por causa de sua cor, se encontro em seus sonhos a expressão de um desejo inconsciente de mudar de cor [...] meu objetivo será, uma vez esclarecidas as causas, torná-lo capaz de escolher a ação (ou a passividade) a respeito da verdadeira origem do conflito, isto é, as estruturas sociais. (FANON, 2008, p. 95-96)

De acordo com os dados do PNAD no ano de 2013, a distribuição de rendimentos da população negra comparada à população branca é extremamente desigual. Entre os anos de 2002 e 2012, dos 1% mais rico da população brasileira, 81,6% eram brancos enquanto 16,2% eram negros (BRASIL, 2016). Sendo que 53,1% da população brasileira se autodeclarou como negra na pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios 2013 (BRASIL, 2016). Na educação o cenário não muda muito; em 2012 entre os estudantes de 18 a 24 anos de idade, 66,6% que frequentavam o ensino superior eram brancos enquanto apenas 37,4% eram negros; e a maior incidência de analfabetismo ocorre entre as pessoas negras. Referente ao trabalho, emprego e ocupação nota-se que a população branca está entre o maior grupo com proteção da previdência social, sendo aqueles empregados com carteira assinada e estão também como os maiores empregadores comparado a população negra; a respeito dos trabalhos informais há uma maior proporção da população negra (49,6%) comparado à população branca (36%).

Há uma ausência da população negra em espaços privilegiados como nas universidades públicas, nos meios de comunicação populares - cinema, teatro, novela, na política, nos cargos de CEOs das empresas. Há espaços em que a

população negra se encontra em excesso, como nas instituições de encarceramento. Segundo o Mapa do Encarceramento de 2015 (BRASIL, 2015) existem mais negros presos no Brasil do que brancos. Em 2012, havia 292.242 negros encarcerados e 175.536 brancos, isto é, 60,8% da população prisional era negra. Observa-se que quanto mais cresce a população prisional, maior é o número de pessoas negras encarceradas. De acordo com o Atlas da Violência (CERQUEIRA et al, 2018), no ano de 2016, o índice de homicídio de negros foi duas vezes e meia maior que a de não negros (16,0% contra 40,2%). Além disso, a taxa de homicídios de mulheres negras foi 71% maior que a de mulheres não negras. Enquanto a taxa de homicídio para as mulheres não negras teve uma queda de 8%, a taxa de homicídios para cada 100 mil mulheres negras cresceu 15,4%.

É evidente as consequências da desigualdade e do racismo presentes em todas as áreas da vida das pessoas negras no Brasil.

2.2 RACISMO INSTITUCIONAL

Por muitos anos os brasileiros acreditavam viver em uma democracia racial, posto que desde a abolição da escravidão não vivenciamos a segregação e nem conflitos raciais em grande proporções (GUIMARÃES, 1995)

Atualmente vivemos em um momento em que a existência do racismo é abordada nas discussões, porém, ainda é um trabalho árduo identificar e definir o que é racismo. Ao longo dos anos, a literatura especializada vem buscando uma definição que consiga integrar as teses destinadas a explicar essa temática. Dessas teses, três se sobressaem. A primeira delas compreende o racismo como um fenômeno que está enraizado em ideologias, doutrinas e em um conjunto de crenças que impõem a ideia de hierarquização natural entre as raças, fundamentada na ideia de que existem grupos raciais, e que eles são superiores ou inferiores uns aos outros. Nessa lógica, as práticas racistas seriam engatadas pela concepção ideológica do que é raça. A segunda tese atribui uma precedência causal e significativa às práticas, atitudes, condutas, ações e comportamentos preconceituosos e discriminatórios que reproduzem o racismo. Nesta tese, as condutas racistas dispensam a articulação de concepções ideológicas, logo, a

fundamentação na ideia de hierarquização e de grupos raciais não é um elemento que irá definir o racismo, neste caso, o racismo será reproduzido. E a última tese presume que, atualmente, o racismo teria atingido uma característica mais estruturada e institucional - presente nas políticas públicas, instituições, leis, práticas padronizadas, etc. (CAMPOS, 2017) A última tese será o foco da nossa discussão neste trabalho.

O Ministério da Saúde reconheceu através da Portaria GM/MS nº 992/2009, que refere-se à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, o racismo como determinante social que afeta e vulnerabiliza o acesso à saúde dessa população:

[...] reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais e condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde". (BRASIL, 2007 p. 37.)

Segundo a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2007), o racismo institucional constitui-se na produção sistemática da segregação étnico-racial, nos processos institucionais. O racismo institucional expressa-se através de normas, condutas, práticas e comportamentos discriminatórios aderidas ao cotidiano institucional em decorrência da ignorância, preconceitos e estereótipos racistas.

De acordo com SAMPAIO (2003), o racismo institucional trata-se do fracasso coletivo de uma organização e instituição em proporcionar uma prestação de serviços correta, apropriada e profissional a indivíduos em virtude da sua cor. Sampaio enfatiza a importância do conceito do racismo institucional como instrumento para o enfrentamento das questões raciais, com o propósito de orientar a elaboração de políticas públicas.

Segundo LÓPEZ (2012), o racismo institucional age de forma difusa no funcionamento cotidiano das instituições e organizações, promovendo desigualdade na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades, do ponto de vista racial.

O conceito de racismo institucional surge na década de 1960 nos Estados Unidos. Segundo Pace e Lima (2011, p.4 apud CEHMOB e col, 2014) o propósito da constituição do conceito era de indicar e caracterizar a manifestação do racismo nas

estruturas das organizações da sociedade e nas instituições, para explicar os mecanismos que os grupos racialmente dominantes usam para a exclusão de certo grupos raciais. (BRASIL, 2016)

A forma como o racismo institucional está situado na sociedade está associada a estrutura e a ausência do reconhecimento íntegro da população negra como cidadã; isso provoca a negligência com o acesso integral da população negra a bens e serviços de qualidade. Segundo o Ministério da Saúde (2016):

A saúde e o adoecimento estão relacionados a uma série de fatores socioeconômicos e culturais que afetam a integridade física e psicológica, individual e coletiva. As condições históricas de inserção social, somadas às condições de moradia, renda, saúde, localização geográfica e autoconceito positivo ou negativo são elementos que determinam o acesso a bens e serviços também de saúde. p.14 (BRASIL, 2016)

Carmichael e Hamilton (1969 apud CAMPOS, 2017) apresentam o racismo institucional, como um tipo de racismo que independe das ideologias e ações individuais, contudo possui uma relevância elementar nas relações sociais:

Quando terroristas brancos bombardeiam uma igreja negra e matam crianças negras, esse é um ato de racismo individual, amplamente deplorado pela maioria dos segmentos da sociedade. Mas quando na mesma cidade – Birmingham, Alabama – 500 bebês negros morrem cada ano por falta de uma alimentação adequada, vestimenta, dormitório e facilidades médicas adequadas, e milhares além desses são destruídos ou fisicamente, emocionalmente ou intelectualmente mutilados por causa das condições de pobreza e discriminação na comunidade negra, isso se dá em função do racismo institucional (Carmichael e Hamilton, 1969, p. 6).

O racismo institucional impossibilita a integração concreta dos sujeitos com os serviços, consequentemente prejudica decisivamente a saúde, principalmente mental, dos usuários (Silva, 2005, Lopes, 2005 apud Kalckmann et al, 2007.)

Conforme FARIAS et al (2018) o racismo institucional se efetiva a partir das condutas interpessoais dos profissionais que atuam nas instituições e organizações, que é estruturado e articulado direta e indiretamente pelo Estado, seus serviços e políticas públicas que reforçam e reproduzem a desigualdade racial. Desta forma, consequentemente, se agrava as limitações no acesso a serviços importantes para

a ocupação humana, como a escola, o mercado de trabalho, a saúde, a assistência social, o acesso a moradia, lazer e à cultura.

2.3 INSTITUCIONALIZAÇÃO

A confinção de sujeitos considerados marginais diante da sociedade surge na Europa, em torno do século XVII, com o objetivo de reagir à desorganização social e à crise econômica. Homens e mulheres, de qualquer idade, em condições de vulnerabilidade eram internados no Hospital Geral, que não era uma instituição de caráter médico, mas sim uma instituição de vigiar e punir (DESVIAT, 2008, p. 15; BATISTA, 2014) A loucura em si não era a principal questão das internações, entretanto a pobreza era. No entanto, a partir do momento em que se percebe que a loucura pode ser um elemento importante para a incapacidade de trabalhar, logo comprometendo a integração do sujeito em uma sociedade que visa o trabalho como algo valioso socialmente, a loucura torna-se um problema e um objetivo de internação.

Destaca-se que a loucura sempre foi um fenômeno que existiu - e por muito tempo foi difícil definir a loucura. Não havia separação entre as pessoas loucas e não-loucas, as normais e anormais. A partir do momento que surge um projeto normativo surge o anormal - aquele que não se encaixa nesse projeto. Conforme PEREIRA (2006)

O anormal é uma relação: ele só existe na e pela relação com o normal. Normal e anormal são, portanto, termos inseparáveis. E é por isso que é tão difícil definir a loucura em si mesma. (PEREIRA, 2006, p. 22)

A loucura só vai ser reconhecida como uma doença quando a sociedade a reconhece como tal, e como já dito no texto, a loucura torna-se uma questão quando as formas de trabalho se modificam e há uma incapacidade dos sujeitos ditos loucos nesta ocupação. Devido o valor social do trabalho na sociedade cria-se esse estigma com os ditos loucos.

Portanto, no século XVIII e no século XIX surgem as primeiras instituições com valor terapêutico e integradas ao campo da Medicina, a partir da proposta de

Philippe Pinel, que propôs que a loucura passasse a ser definida como alienação mental (BATISTA, 2014)

Pinel acreditava que os alienados não eram culpados que deveriam sofrer punições, mas sujeitos doentes que mereceriam ser tratados com toda a humanidade. E que os alienados incorporariam essas atitudes humanas resultando em mudanças significativas no seu comportamento. Foi assim que surgiu o tratamento moral (PEREIRA, 2004) O tratamento moral preconizava o isolamento do paciente com a sociedade, a vigilância e o trabalho como parte da *cura* (DESVIAT, 2008; BATISTA, 2014)

De acordo com Foucault (2007, p.507) o tratamento moral estava nutrido de contradições. O tratamento moral permite uma certa liberdade do louco, no entanto é em um espaço mais fechado, mais rígido e menos livre que o internamento. O louco é visto como irresponsável, inteiramente inocente no absoluto de uma não-liberdade. Tiram-se as correntes que aprisionavam os loucos, mas criam-se correntes simbólicas, transferidas e alienadas no querer médico que os prendem devido ao controle rígido dos comportamentos e das expressões dos loucos. Conforme Goffman (2008) o caráter mais fechado do manicômio simboliza a barreira da relação social dos internos com o mundo externo. Goffman nomeia essas instituições como *instituições totais*.

As instituições totais, ainda de acordo com Goffman, tem como aspecto central a ruptura do cotidiano dos sujeitos, de sua singularidade. Todas as práticas cotidianas da vida são realizadas em um mesmo lugar, sob uma única autoridade. As práticas cotidianas da instituição são realizadas em grandes grupos, todos os internos são tratados da mesma maneira e são obrigados a fazerem as mesmas atividades em conjunto. As atividades diárias são severamente estabelecidas em horários - até mesmo as atividades de higiene pessoal -, que são compostas por uma série de regras. Em outras palavras cria-se um controle com suas regras, organizações e burocracias para conter os corpos.

Tendo em vista o controle dos corpos dentro da instituição, as instituições totais desencadeiam uma série de degradações, humilhações e profanações do eu. Esse processo causa muitos danos na subjetividade dos sujeitos, sendo intitulado pelo Goffman como *mortificação do eu*. A barreira da relação social dos

internos com o mundo externo é a primeira *mutilação do eu*, desde não poder sair de dentro da instituição até não poder receber visitas. Outra mutilação de grande significado é a perda do nome, quando os internos são denominados por números ou apelidos no qual eles não se reconhecem. As mutilações ocorrem no âmbito subjetivo, mas também acontecem diretamente e permanentemente - como marcas de cicatrizes, perda de membros dos corpos, perda das sensibilidades e das sensações. Apesar das mutilações no corpo serem encontradas em poucas instituições totais, o medo e a insegurança pessoal é muito comum devido às violências sofridas através da ação da equipe técnica, ocorrendo desde agressões físicas, verbais e psicológicas, à terapias de choque e lobotomias (GOFFMAN, 2008). A exposição das violências sofridas também mortifica o eu.

[...] Um extremo talvez seja aqui o do doente mental autodestrutivo que fica nu, supostamente para sua proteção, e colocado numa sala com luz constantemente acesa, e que, por uma “janelinha”, pode ser visto por quem que passe pela enfermaria [...] As celas de prisão com barras de metal como paredes permitem essa exposição (GOFFMAN, 2008 p. 32)

Ainda que se produza minimamente uma relação médico-paciente, esta é uma relação hierárquica, de poder. Conforme Basaglia (1985), o que caracteriza uma instituição é a explícita separação entre aqueles que têm o poder e aqueles que não o tem. A violência e a exclusão, segundo ele, acontecem a partir de uma defesa da sociedade contra aqueles que desviam das normas dominantes, justificando sua necessidade, seja pela finalidade de educar, culpar ou curar. Basaglia define essas instituições como *instituições da violência*.

Um sujeito que está internado em um hospital psiquiátrico é um homem sem direitos, pois está submetido ao poder da instituição e, em vista disso, é indispensável considerar que a exclusão é um fator tão significativo quanto a doença (BASAGLIA, 1985) E a discriminação de classe, cor ou etnia modifica a forma como os sujeitos serão tratados e vistos. Um sujeito pobre e negro, mesmo não sendo alguém com sofrimento psíquico, é um sujeito sem poder social, econômico ou contratual. Apesar da institucionalização ser excludente e violenta, existem outros elementos que agravam e intensificam a exclusão e a violência nos processos de institucionalização e de desinstitucionalização. Há pessoas que nessa

etapa de desinstitucionalização e socialização tem mais facilidade sociais em serem inseridas e aceitas na sociedade do que outras, devido ao lugar social que sua classe, gênero e etnia ocupam.

2.4 CASA DE SAÚDE ANCHIETA, INTERVENÇÃO E REFORMA PSIQUIÁTRICA NO MUNICÍPIO DE SANTOS

Partindo da história dos manicômios e hospitais psiquiátricos no âmbito geral, iremos focar e explorar essa trama no contexto da cidade de Santos. Em 1953 foi inaugurado o primeiro e único Hospital Psiquiátrico privado de Santos - conveniado com o Instituto Nacional de Previdência Social, a Casa de Saúde Anchieta, conhecida popularmente como a Casa dos Horrores.

Após 36 anos, em maio de 1989, devido a denúncias de mortes e maus-tratos ocorridas dentro do hospital psiquiátrico, a Prefeitura Municipal de Santos realizou uma intervenção nesta instituição, a primeira intervenção feita em um hospital psiquiátrico particular no Brasil (KINOSHITA, 1997). Além das denúncias de morte e maus-tratos, o Anchieta vivia em um estado de calamidade, havia superlotação - havia 540 pacientes para 280 leitos - e falta de profissionais (RAMOS, 1996). Vale ressaltar que a intervenção acontece no momento em que o Brasil vive o processo de redemocratização, de implementação da Constituição de 1988 e de pós Ditadura Militar. E no município de Santos, no ano anterior, o Partido dos Trabalhadores (PT) venceu as eleições para prefeito, sendo este o mandato de Telma de Souza, que tinha como prioridade básica a área da saúde (RAMOS, 1996)

A intervenção ocorre com o intuito de reformar a saúde mental no município, não de reformar o manicômio e de ter uma versão mais “humanizada”, mas de aniquilar essa instituição falha, que tinha como objetivo esconder as contradições sociais, e pensar em um cuidado e uma vida digna para aquelas pessoas. Isso não só modificaria a vida daqueles pacientes ou melhoraria as condições técnicas do cuidado em saúde mental; o objetivo da intervenção iria além disso, a intenção era interferir e modificar a própria sociedade.

Para isso era necessário pensar em meios de (re)construção das identidades dos pacientes e incorporar novos padrões éticos de relacionamento. Na primeira noite de intervenção no Anchieta houve a proibição do uso das celas fortes, todas

as pessoas que se encontravam isoladas nessas celas foram liberadas e no dia seguinte, acontece a primeira assembléia com a participação de todos os pacientes que estabelecem uma nova regra: *“Não à violência, sim à participação e ao diálogo, ao debate!”* (KINOSHITA, 1997, 2009)

Com a intervenção foi necessário pensar em um processo de substituição do manicômio, e Santos foi uma das primeiras cidades a iniciar o processo de mudança do hospital psiquiátrico para uma rede de serviços territoriais (KODA; FERNANDES, 2007), os Núcleos de Atenção Psicossocial, conhecidos como NAPS. Por ser um serviço territorial, além de atuar dentro da unidade, era necessário conhecer e atuar no território de cada paciente, pois lá é onde a vida cotidiana dos pacientes acontece, tendo em vista que essa atuação territorial pode enriquecer e expandir as relações dos usuários com seu próprio território (KINOSHITA, 1997)

De acordo com Koda e Fernandes, o manicômio foi decomposto em cinco mini-equipes, sendo cada equipe responsável por uma região da cidade. As equipes se constituíram com o objetivo de construir o NAPS e realizar a desocupação do manicômio. Tratou-se de um processo complexo; assim que as equipes de profissionais, usuários e familiares foram se estabelecendo no NAPS, em contrapartida, concomitantemente, suas enfermarias dentro do manicômio iam sendo desativadas (KINOSHITA, 2009)

A inauguração do primeiro NAPS aconteceu em 1989, no mesmo ano da intervenção, na região da Zona Noroeste, que é um dos territórios mais pobres da cidade. Posteriormente, os outros quatro NAPS foram inaugurados em territórios estratégicos que são as regiões do Centro, Marapé, Orla e Vila Belmiro. E após cinco anos de intervenção, em 1994, a Casa de Saúde Anchieta foi definitivamente fechado (KODA; FERNANDES, 2007). E a cidade de Santos se tornou referência do processo da reforma psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 2007)

De acordo com Ramos (1996) os NAPS buscam dar uma atenção integral aos pacientes e familiares, com um processo de cuidado que possibilita a qualidade técnica, o respeito e a dignidade aos direitos dos pacientes e seus familiares. Para isso, o NAPS oferece grupos terapêuticos e grupos de familiares, oficinas, visitas domiciliares, atividades artísticas e culturais, leitos para o acolhimento em situações de crise e atendimento médico. Cada um dos cinco NAPS tem características

diferentes, com problemáticas diversas devido à peculiaridade territorial. Após o fechamento da Casa de Saúde Anchieta, a desinstitucionalização dos pacientes e a instauração da nova rede de serviços territoriais que compõem até hoje a Rede de Atenção Psicossocial - todos os pacientes da saúde mental que residem em Santos são acompanhados nos cinco NAPS (conhecido atualmente como CAPs) dentro do município.

2.5 TERAPIA OCUPACIONAL

A Terapia Ocupacional surgiu nos Estados Unidos no início do século XX, sendo os primeiros terapeutas ocupacionais assistentes sociais e enfermeiras. A Terapia Ocupacional nasce com o objetivo de reinserir e reabilitar os soldados feridos da Primeira Guerra Mundial; por isso, no seu início a Terapia Ocupacional tem sua prática voltada para o contexto da reabilitação física e mental, caracterizando-se como uma profissão da área da saúde.

Entretanto, atualmente, a Terapia Ocupacional não se reconhece apenas como uma profissão da área da saúde, mas como uma profissão da assistência social, cultura, educação e saúde - onde há atividade humana e sua ruptura, a Terapia Ocupacional pode atuar. Diante disso, a profissão vai assumindo diversas características.

A evolução da história da Terapia Ocupacional não é linear. As histórias são construídas dialeticamente, nos contextos históricos vividos, na cotidianidade das relações sociais (DE CARLO; BARTOLOTTI, 2001). Mesmo possuindo diversos campos, a Terapia Ocupacional, em sua integridade, é uma profissão de ensino superior que atua na promoção do desempenho integral de atividades significativas, que por motivos biopsicossociais e culturais os sujeitos não conseguem mais exercer.

O surgimento das primeiras discussões sobre a intervenção da Terapia Ocupacional no campo social ocorre durante a década de 1970. O Brasil ainda permanecia na Ditadura Militar, no entanto, em 1970 os movimentos sociais passam a sistematizar proposições sobre o Estado e a sociedade civil; e os terapeutas ocupacionais começam a questionar o seu papel nesse cenário. Nesse contexto, os terapeutas ocupacionais acompanham o processo dos movimentos sociais que

iniciam o debate sobre a desinstitucionalização, em especial dos hospitais psiquiátricos e manicômios. Os terapeutas ocupacionais integram nesse debate, dado que muitos terapeutas ocupacionais atuavam nessas instituições, sendo cúmplices da violência produzida dessas entidades. Como a desinstitucionalização dos manicômios no Brasil obtém o viés territorial e a busca da reestruturação da cidadania dos ex-internos, os terapeutas ocupacionais são convocados a repensar na sua prática. (MALFITANO, 2005)

O trabalho profissional do terapeuta ocupacional deixa de se limitar a uma instituição protegida por muros altos e clínicas. Então, o cuidado pode ser oferecido no próprio território, no encontro com os sujeitos, pensando na realidade do cotidiano.

A contextualização territorial traz outros âmbitos para o desenvolvimento do trabalho, possibilitando que o processo proposto pela terapia ocupacional possa ser ampliado para a construção de novas abordagens, para a utilização de novos espaços, para as dimensões macroestruturais, co-relacionando aspectos que na prática não se isolam, são permeados uns pelo outros. (MALFITANO, 2005, p. 3)

A composição das intervenções no campo social é resultado da contribuição de diversas áreas, esse campo é interdisciplinar e intersetorial. Para a atuação no campo social o terapeuta ocupacional é convidado a assumir um papel de articulador social. Para isso é necessário compreender as políticas públicas, conhecer os grupos sociais no qual está intervindo. É fundamental articular a interação entre a microestrutura - que se dá no cotidiano com os sujeitos e grupos sociais - e a macroestrutura - no aspecto das políticas públicas e sociais, tendo em vista a ampliação do acesso aos direitos dessas populações que vivem cotidianamente com seus direitos violados; mas também tem como foco a formação e/ou fortalecimento das redes sociais que fornecem assistência aos grupos sociais que se encontram em situação de vulnerabilidade social, assim como em situação de desfiliação (MALFITANO, 2005)

A Terapia Ocupacional no campo da saúde mental no Brasil vai se moldando em conjunto com a reforma psiquiátrica brasileira. Antes da reforma, os terapeutas ocupacionais intervieram na psiquiatria com o intuito de controlar os corpos e ocupar

o tempo dos pacientes, que basicamente era a função dos manicômios. Com o movimento da reforma, os sujeitos com transtornos psíquicos não eram mais vistos como portadores de uma doença que devia ser controlada, mas começaram a ser reconhecidos como pessoas, cidadãos com direitos. No entanto, com as sequelas da violência causadas pelas instituições de psiquiatria era necessário profissionais e um local que ajudasse essas pessoas a garantir sua cidadania. Então, os terapeutas ocupacionais começam a atuar na ampliação do cuidado e na perspectiva de restabelecer os direitos de cidadania desses sujeitos (RIBEIRO; MACHADO, 2008)

Os terapeutas ocupacionais utilizam como ferramenta a atividade, mas não a utilizam mais de forma alienada, como uma abstração sem sentido buscando apenas ocupar o tempo dos sujeitos. No entanto, na perspectiva da reforma psiquiátrica a atividade tem que fazer sentido no cotidiano do sujeito, promovendo uma ação conjunta com o usuário que viabilizará o seu protagonismo social. Dessa forma, o terapeuta ocupacional se deslocará do seu lugar detentor do saber para permitir que as atividades sejam vividas e interpretadas por cada um dos sujeitos, do jeito que eles desejarem. (RIBEIRO; MACHADO, 2008)

3. OBJETIVOS

Objetivos gerais

O objetivo desta pesquisa é conhecer o impacto do racismo institucional e da institucionalização na vida cotidiana dos ex-internos do hospital psiquiátrico Casa de Saúde Anchieta da cidade de Santos.

Objetivos específicos

- Conhecer a história de vida do narrador, dando ênfase na fase de institucionalização e desocupação do Hospital Anchieta;
- Reconhecer e apontar o racismo institucional nas vivências contadas pelo narrador;
- Refletir sobre a importância da discussão do racismo, com foco no racismo institucional, nas instituições de saúde mental e na terapia ocupacional.

4. METODOLOGIA DE PESQUISA

A metodologia estabelecida foi a abordagem qualitativa, sendo a narrativa o principal instrumento de produção de dados. Tendo em vista explorar as vivências dos internos do Hospital Anchieta, articulando a experiência do racismo e da institucionalização, concluímos que o melhor método para investigar, conhecer as histórias dessas pessoas e da instituição seriam as narrativas de histórias de vida, uma vez que a narrativa é extremamente importante para o mundo social, pois com ela não notamos apenas o que as pessoas falam, mas como elas falam, e conforme o decorrer da narrativa vamos conhecer, entender e conseguir dar sentido ao próprio mundo social em que vivemos (Hydén, 1997 apud Favoreto et al, 2011)

A narrativa consiste na coleta de histórias sobre uma temática específica onde o pesquisador encontrará dados e informações para compreender determinado fenômeno, é uma forma de conhecer melhor a experiência. A coleta da história pode acontecer de diversas formas: por entrevistas, gravações de narrativas orais, narrativas escritas, diários de campo (PAIVA, 2008). Isto é, a narrativa é utilizada tanto como método quanto fenômeno de estudo (PINNEGAR e DAYNES, 2007 apud PAIVA, 2008)

Essa metodologia foi escolhida devido a importância de compreender o passado para entender como se dá o presente e de conhecer quais são as verdadeiras sensações, pensamentos, emoções, sentimentos e afetos que se passam em um sujeito que vivenciou na pele o foco do estudo, que é a institucionalização, a desinstitucionalização e o racismo. De acordo com Favoreto e Camargo Jr (2011) compreende-se que a narrativa tem o papel fundamental na (re)estruturação da consciência e dos sentidos que o sujeito obteve em relação às situações envolvidas do cotidiano, ou seja, no processo da narrativa o narrador está o tempo inteiro analisando e fazendo escolhas sobre o que vai falar, como vai falar e porque vai falar.

Na abordagem qualitativa conseguimos investigar as vivências e convicções, as percepções, opiniões, interpretações, crenças, representações que os atores fazem a respeito de como vivem, pensam, sentem e constroem a si mesmos (MINAYO, 2008)

Esse método quebra muitos paradigmas e barreiras que dificultam a aproximação com outras vivências e visões de mundo. A narrativa tem o poder de superar a distância entre o compreender e o explicar (RICOEUR, 1997)

Uma etapa fundamental para a construção da narrativa é definir os critérios de inclusão do narrador-participante da pesquisa; desta forma, é necessário fazer um recorte conforme os objetivos desta pesquisa. Os pré-requisitos, ou critérios de inclusão, definidos para essa pesquisa, foram: ser ex-interno do Hospital Psiquiátrico Anchieta; que se auto reconheça pela etnia negra ou preta, sem distinção de gênero ou idade; que realize acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Limitamos o número máximo de narradores a quatro, no total.

Pela complexidade do tema foi estabelecido que os narradores seriam definidos por meio de uma discussão com a equipe do serviço de saúde mental, que iria sugerir usuários do serviço que se encaixam nos pré-requisitos. Os CAPS escolhidos para esta pesquisa enquanto possibilidade foram o CAPS Centro, CAPS Praia e CAPS Zona Noroeste da cidade de Santos, São Paulo. Efetivamente, o CAPS Centro foi o primeiro a ser contatado. Após uma reunião de equipe na qual a pesquisa foi explicada, a equipe sugeriu os narradores, e não foi necessário recorrer às demais unidades.

Todas as narrativas aconteceram no CAPS Centro, o que foi combinado previamente com a terapeuta ocupacional da equipe e com os narradores. Convidamos quatro usuários do CAPS Centro que atendiam aos critérios de inclusão, no entanto, apenas dois tiveram interesse em participar.

Como ferramenta para a narrativa foram elaboradas questões disparadoras (Anexo II); usamos o gravador para gravar as narrativas, anotações e um diário de campo da pesquisadora, o que gerou uma parte dos resultados e irá compor um item relatando e refletindo sobre o processo de pesquisa. Conforme Favoreto e Camargo Jr (2011) além da narrativa em si, é necessário considerar também os aspectos da fala, os enredos e as atitudes dos sujeitos que podem nos apresentar uma outra perspectiva ou acrescentar a trama das experiências narradas. Por isso é importante o uso de outras ferramentas, como o diário de campo para registrar os acontecimentos ocorridos nos encontros.

Segundo Vieira (2002),

O diário como recurso de pesquisa favorece o registro do fenômeno investigado com toda a variabilidade do objeto em diferentes momentos. Cabe salientar que o diário, dada a seqüencialidade do fenômeno descrito, permite obter o resumo e o comentário dos fatos. Desse modo, o diário torna-se um poderoso descritor e um auxiliar inestimável para o(a) pesquisador(a) [...] o diário permite reflexões críticas expressivas. O produto de leitura e de releituras do material registrado no diário serve de sinalizador para o(a) pesquisador(a) que, muitas vezes, deve refazer percursos, aprofundar pontos da pesquisa ou até mesmo mudar a direção da investigação. (VIEIRA, 2002, p. 98)

Em vista disso, usaremos o diário de campo como ferramenta de análise e como uma parte do processo de reflexão. Usaremos apenas um fragmento dos diários, pois nesse caso o diário foi uma ferramenta auxiliar e não principal.

4.1 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo conselho de ética da UNIFESP, através da Plataforma Brasil e pela Coordenadoria de Formação e Educação Continuada (COFORM) do Município de Santos. Houve o consentimento dos participantes da pesquisa que assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo I) e que não terão aqui sua identidade revelada com o intuito de preservá-la, usaremos nomes fictícios para os narradores.

5. RESULTADOS

5.1 APRESENTAÇÃO DAS NARRATIVAS

5.1.1 UMA BREVE HISTÓRIA DE ERIK*

Erik*, homem, negro, nordestino.

Quando Erik* inicia esta narrativa ele vivia um momento conturbado da sua vida, estava em hospitalidade integral no CAPs, agitado, em mania. O que construímos não é linear, é descontínuo, interrompido, suspenso e resgatado. A experiência que Erik* vivenciava desafiava o modo de fazer narrativa, de fazer pesquisa. Deixava de ser algo rígido e intransigente para ser algo flexível e vivo.

Erik* inicia a narrativa dizendo seu nome inteiro, local onde nasceu como um locutor de rádio. Ele vem para Santos com sua mãe, e passa a morar com ela e seus parentes. Erik* conta que já conheceu muitas cidades, já passou por Curitiba, São Paulo e Rio de Janeiro.

Foi internado pela primeira vez quando adolescente, em torno dos 16 anos, no Hospital Psiquiátrico de Ribeirão Pires, onde ficou por um ano. Alguns anos depois, acontece sua segunda internação, agora no Hospital Anchieta em Santos, com 20 anos de idade. Relata que ficou nessa dinâmica de receber alta e ser internado por cinco a dez anos. Ele relata que os motivos de suas internações são “*loucura mesmo, de revolta*”. Ficou internado também no hospital psiquiátrico Adauto Botelho.

Erik* relata as violências que sofreu no manicômio desde isolamento a contenção, mas não se aprofunda. Quando a questão do racismo é levantada também não se torna algo que se aprofunda, o narrador não faz uma leitura da necessidade de discutir e identificar o racismo naquele momento. Ele me mostra uma cicatriz que tem no braço e diz que é resultado de uma tentativa de suicídio, narra um pouco de como a tentativa foi realizada, mas não aprofunda também. Aos poucos Erik* foi demonstrando outros interesses, de conversar sobre música, rock, vida, sobre as coisas do dia a dia ao invés das temáticas da pesquisa e, a partir disso, foram se formando outras possibilidades, que não cabiam mais no formato de encontros pontuais, mas flexíveis, e na convivência.

Contudo, antes de ver isso como uma possibilidade foi angustiante, pois, apesar de todos os meus esforços de manter a narrativa viva, Erik* não conseguia

ser linear, eu não conseguia ver ligação e nem sentido naquilo que era dito. Erik* não estava em um momento bom e fomos cansando de tentar fazer funcionar. No entanto, com a minha chegada como estagiária no CAPs Centro nossos encontros se tornam diários, porém não na perspectiva de encontros para a pesquisa, mas de encontro de duas pessoas que conviviam no mesmo espaço e isso foi nos aproximando.

Erik* não me contava sobre o seu passado e muito menos sobre a sua vivência no Anchieta. Ele me contava sobre seu dia a dia, me contava dos rádios que queria comprar, das músicas que queria ouvir, do porque estava irritado ou feliz.

Em um certo dia, Erik* discute com outro paciente, a equipe intervém. Ele fica conversando com o outro estagiário da T.O.; ele estava agitado e confuso. Me aproximo dele e ele me pergunta se sou sua irmã. Eu respondo que não, mas pergunto porque ele achava isso, daí ele mostra seu braço e coloca junto com o meu. Temos o mesmo tom de pele. Ele concorda comigo que não sou a sua irmã, mas relata que eu pareço com ela e começa a nos contar sobre a sua infância.

As pequenas coisas nos aproximam...

5.1.2 UMA BREVE HISTÓRIA DE LUCAS*

Lucas*, homem, negro, nordestino.

Nasceu em 1971 em Sergipe, Brasil. Tinha cinco irmãos e morava com seus pais. Assim como muito nordestinos Lucas* deixou sua cidade natal junto com a sua família ainda criança, em busca de uma vida melhor na Grande São Paulo.

Após alguns anos, Lucas*, sua mãe e irmãos voltam para Sergipe e seu pai permanece em São Paulo trabalhando e enviando mensalmente dinheiro para a família. Em toda a sua narração Lucas* demonstra ter uma aproximação mais forte com a mãe do que com seu pai, que por muitos anos da sua infância era ausente.

Por volta dos 6 anos de idade Lucas* acompanhava sua mãe à igreja junto com seus irmãos mais novos, e a igreja era - como ainda é - um espaço no qual ele se sentia bem, pertencente. Alguns anos depois, ele descobre após um testemunho de sua mãe na igreja que sofria com convulsões, as quais não conseguia se recordar; e por isso teve que se medicar. No mesmo ano que Lucas* faz essa descoberta, ele quase morre afogado após uma tentativa falha de aprender a nadar.

Lucas* conta que quando ele tinha sete anos de idade, alguém - que ele não lembra - perguntou à sua mãe se ele era doente. Ele não entendeu a pergunta na época e parece ainda não entendê-la, e essa cena ainda passa na sua cabeça.

Relatando a sua infância Lucas* narra a sua vivência com o racismo, a qual ele identifica e qualifica como uma *‘brincadeira’* e não como uma ação racista. Ele narra rindo e começa a recitar o que ouvia das outras pessoas quando era criança:

“Nego

Vai pra teu país,

Se não eu te surro,

Te dou até de murro,

Te tiro o regalo”

“Era tipo um poema” Lucas* conta.

“Nego, Cabeça de burro!

Cara de cavalo”

Lucas* ouvia isso e entendia como uma brincadeira, lidava como se fosse uma brincadeira, rindo. Esse trecho que Lucas* recita é de um poema chamado *“Peleja do Cego Aderaldo com Zé Pretinho dos Tucuns”*, de Firmino Teixeira do Amaral, como pude confirmar posteriormente.

Lucas* não identifica esse acontecimento como racismo porque não houve agressão física, no entanto, conta que atualmente não releva mais esse tipo de situação.

Com 12 anos de idade ele volta para São Paulo com sua mãe e irmãos. Três anos depois sua família vem para Santos e nesse mesmo ano, sua mãe falece. Lucas* relata que assim que sua mãe vem a óbito ele foge de casa. Ficou nas ruas por um tempo, conta que passava muito frio e pensava muito em Deus.

Em 1988, com 17 anos Lucas* tenta cometer suicídio ingerindo veneno. Ele conta que um dos principais motivos que o levou a tomar essa decisão foi a falta de emprego e de dinheiro para se sustentar. Devido a esse episódio, Lucas* foi levado

ao hospital geral Guilherme Álvaro, na cidade de Santos. No momento em que Lucas* acorda no hospital, ele fica inconformado por ainda estar vivo; em razão disso Lucas* fica revoltoso e passa a destruir os objetos e agredir as pessoas em sua volta. Consequentemente, os funcionários do hospital o prenderam com uma camisa de força e o encaminharam para a Casa de Saúde Anchieta. Sobre esse acontecimento Lucas* não se recorda, quando ele narra o que houve, conta na perspectiva de uma outra narrativa, a da assistente social que explicou o motivo da sua internação quando ele perguntou a ela.

Lucas* relata que quando estava no Anchieta recebia injeções nomeadas de sossega leão, que ficou amarrado na cama, que levou eletrochoque que o faziam sentir sono e dormir. Ele descreve um espaço chamado chiqueirinho, um quarto-forte fechado, sem banheiro e sem privada, não tinha cama, não tinha janela, não tinha nada; na porta desse cômodo tinha uma abertura que passava apenas um prato de comida por ali. Com aquela comida eles sobreviviam.

“Era pra gente ficar quieto” Lucas* relata. *“Pra gente não fazer coisa errada”*

Naquele pequeno cômodo eles conviviam, dormiam, comiam, defecavam.

Havia muitas agressões físicas lá dentro. Lucas* conta que a situação lá era triste, principalmente para as outras pessoas. Ele declara que não sofreu tanto, por causa da sua boa saúde física, e associa isso ao fato de nunca ter ingerido bebida alcoólica ou usado drogas ilícitas.

Além das violências descritas, ele menciona algumas coisas que achava positivas no Anchieta, como ter a roupa lavada, ter um sabonete para tomar banho, um lençol, toalha, cama para dormir. E nesse paradoxo ele reconhece que havia pessoas que dormiam pelos cantos - associa isso ao uso de medicação forte - e admite que ele mesmo dormia pelos cantos também.

Lucas* não lembra exatamente quanto tempo ficou internado. Fugiu uma vez do manicômio, mas foi recapturado - e relata isso como se fosse uma travessura de adolescente, coisa da idade. Após um tempo de internação, ele recebeu alta, disse que estava bem fisicamente, conseguia falar, ouvir, andar, estava respirando perfeitando, mas por dentro não estava bem. Lucas* relata que precisava tomar os medicamentos e os toma até hoje. 18 comprimidos por dia. Desde os 17 anos. Já faz 30 anos que ele toma esses medicamentos.

Quando Lucas* sai do Anchieta ele fica estigmatizado pela sociedade como paciente psiquiátrico e por isso é discriminado. Ele descreve que ninguém gostava quando ele falava que era ex-paciente do Anchieta e não conseguiu mais emprego registrado após a internação.

Ele conseguiu um emprego informal de servente, organizou-se com o dinheiro e voltou para Sergipe. Lá foi internado novamente em um hospital psiquiátrico, dessa vez na Casa de Saúde Santa Maria. Lucas* narra que nesse manicômio ele recebia eletrochoque todos os dias. Quando ele acabava de tomar banho já o chamavam, o colocavam deitado na maca e recebia um choque forte através de placas colocadas na cabeça. Aquilo apagava sua memória e o fazia desmaiar.

Lucas* descreve plenamente quando presenciava os outros internos receberem o eletrochoque. As pernas se mexendo, o enfermeiro colocando o seu peso contra as pernas do interno para controlá-las, o protetor bucal usado para a língua não enrolar para dentro. Lucas* conta que não tinha medo de receber o eletrochoque e fala em seguida, orgulhoso: *“Eu sou homem”* E lá naquele manicômio um colega interno veio a falecer com o eletrochoque e isso o entristeceu.

Quando ele saiu do hospício e voltou para a casa dos seus parentes aconteceu um episódio entre ele e sua avó. Ele a empurrou, sem entender o porquê e sentiu-se mal por isso. Lucas* suspeita que isso aconteceu devido aos diversos choques que ele vinha sofrendo nos manicômios, que ficou ‘zureta’ por tanto receber choque na cabeça.

A liberdade é um dos pontos principais sobre a saída do manicômio.

Atualmente Lucas* mora com sua companheira, que também é paciente do CAPs. Eles se conheceram em 2006 e estão juntos desde então. Os dois não têm filhos juntos, ela tem um filho de um casamento anterior e após isso tomou a decisão de não ter mais filhos e fez a laqueadura. Lucas* demonstra não ter vontade de ter filhos e justifica isso pelo quanto recebe financeiramente, acha que não é o suficiente para ele e logo, não seria o suficiente para sustentar outra pessoa.

Lucas* é aposentado por invalidez e me descreve detalhadamente todo o seu processo de receber esse benefício. Mais de 20 anos atrás Lucas* estava

trabalhando informalmente como servente, e em um dia de trabalho ele sentiu seu braço direito paralisar; relata que momentaneamente perdeu a coordenação motora. Ele foi ao médico e contou o que houve. O médico decidiu afastá-lo do trabalho e Lucas* ficou recebendo o auxílio-doença do INSS.

No entanto, ele trabalhou informalmente vendendo mercadorias nas ruas. Arrumou um dinheiro e voltou a pagar o INSS, pois havia uns anos que ele não contribuía. Voltou a contribuir um ano para receber o benefício da aposentadoria por invalidez. Demorou uns 4 anos até receber o benefício. Conseguiu em 2007. E atualmente ele ganha um salário mínimo.

Lucas* lembrou que quando estava no Anchieta a assistente social perguntou se ele gostaria de se aposentar por invalidez. Ele com 17 anos recusou, pois achava um salário mínimo pouco e como servente ele ganhava dois salários mínimos, e ele não queria passar a vida ganhando apenas um salário mínimo, ele queria trabalhar, então recusou a proposta dela. Aí passou o tempo, e ele não arrumava trabalho, não arrumava o que fazer... E no final acabou aposentando por invalidez por um salário mínimo.

Além do salário mínimo, ele recebe o benefício do programa De Volta para Casa, do Ministério da Saúde, que é voltado à reintegração social de pessoas acometidas por transtornos mentais e com história de longa internação psiquiátrica.

Para Lucas* ser negro é ser de uma cor, escura. Com a mãe branca e o pai negro, Lucas* conta que por seu pai ser *bem* negro, ou seja, ter um tom de pele preto escuro, ele *ficou* escuro também, mas ressalva que não é tão escuro quanto o pai. Fazendo comparações com o pai, Lucas* conta que seu pai tem “*cabelo ruim*”, isto é cabelo crespo. Assim que ele fala *cabelo ruim* na nossa narrativa, eu pergunto o que ele havia dito e ele volta atrás e diz cabelo *enroladinho*. Lucas* conta que seu cabelo é melhor que o do pai, mas que a mãe dele tem o cabelo melhor que o de ambos - que o cabelo do pai é “*duro*” e o dele é mais ou menos. Ele fala bastante sobre a textura e o som que o cabelo de seu pai faz ao passar o pente.

Segundo Lucas*, ser negro além de significar ser de uma cor, significa também ser gente, ser humano. Quando conversamos sobre o racismo em si Lucas* relata que o racismo vem de pessoas sem cultura, que não tem estudo, que moram na rua, que não tem uma perfeita educação; mas que às vezes é

brincadeira, fazem para tirar sarro, para passar o tempo. E que também o racismo seria aceitar apenas a raça que você é.

Além da infância - já citado na narrativa - Lucas* sofreu outros episódios de racismo, que ele não identifica como racismo, mas que relata quando pergunto se ele já sofreu com racismo na vida adulta. Ele relata situações em que as pessoas o chamam de negão - pessoas que o conhecem, que sabem seu nome. No que diz respeito a isso, Lucas* fala - meio que rindo - que é mais fácil chamá-lo de negão quando as pessoas não querem chamá-lo pelo nome e que *patrões* dele o chamavam assim. E ele conta que sempre que os chefes dele pediam algo a ele, era assim:

“Negão faz aquilo, negão faz isso”

Lucas* explica que é diferente quando alguém o insulta, que quando isso ocorre ele parte para a agressão física. Ele entende o insulto quando alguém usa a palavra *negro* de forma pejorativa.

“quando fala negro, preto.... quando fala negro isso e aquilo, negro... fica fazendo pouco da gente, né”

A respeito disso, Lucas* faz uma análise de que certas pessoas têm ações racistas sem perceber, isto é, não há a intenção de ofender as pessoas devido a sua etnia, no entanto essas ações acontecem por serem naturalizadas. Ele pressupõe que essas ações acontecem por não ter ninguém *chamando a atenção* dessas pessoas que têm ações racistas sem perceber, e dá como exemplo a polícia e os técnicos do NAPs, como personagens que fariam esse papel de chamar a atenção. Lucas* também julga que a escola tem papel fundamental na conscientização ao combate do racismo e que deveria ter livros e figuras para ajudar nessa função. No entanto, Lucas* sabe que essas questões não são discutidas na escola e acredita que isso deve ser um dos motivos para o racismo acontecer. Lucas* conta que essas questões não são discutidas por serem naturalizadas.

Lucas* declara diversas vezes a importância da educação básica no combate ao racismo e fala muito da ideia de que somos todos iguais perante a Deus. E faz muitas comparações querendo mostrar o quanto as pessoas são iguais, apesar do tom de pele diferente - dando exemplo de membros do corpo, personalidade,

caráter, classe social etc. No entanto, Lucas* reconhece que a cor, em muitas situações, é o que sobressai para os outros... Quando ele fala que “[...] o que chama atenção é a cor da pessoa, mais a cor da pessoa.. que se for negro vai falar “ó negro falando coisa errada” e em seguida a essa fala, Lucas* conta que ele nunca ouviu seu pai falar um palavrão e ressalta que seu pai tinha o tom de pele mais escuro que o dele.

Lucas* acredita que a escravidão pode ter influenciado e ainda influencia a forma como as pessoas negras são vistas atualmente - toda a violência que as pessoas escravas sofreram e que fizeram com que as pessoas acreditassem que o negro não valia nada. Ele consta que isso foi uma fase da humanidade, uma fase ainda não superada e ressalta a importância de se falar sobre isso nas escolas, de fase a fase, desde a escravidão à abolição - e se refere a Princesa Isabel como uma pessoa bondosa e que tinha “*amor no coração*”. Acredita que ela entendeu que ser negro também é ser humano, que “*não são bonecos ou animais*” e por isso ela teria abolido.

Em todo o processo da narrativa Lucas* se mostra muito bem articulado e bem reflexivo em tudo que abordamos. O seguimento da narrativa se deu de forma linear, apesar de que do penúltimo ao último encontro houve um desencontro que fez com que demorasse várias semanas para nos encontrarmos novamente. Lucas* não está todos os dias no CAPs e aparece por lá pontualmente, para pegar medicamento de manhã cedinho, e não permanece. Por isso houve esse contratempo no final, mas não foi um obstáculo para o processo da narrativa.

5.2 PERCEPÇÕES E AFETOS DA PESQUISADORA

Todo o processo da narrativa foi desafiador para mim. A narrativa em si já é algo desafiador, pois não sabemos o que está por vir, principalmente com as temáticas centrais que são a institucionalização e o racismo. Eu estava receosa de como essas temáticas seriam recebidas pelos narradores, se eles se sentiriam à vontade para compartilhar as suas histórias e se eu iria conseguir conduzir o que fosse necessário.

Os narradores foram definidos pela equipe do CAPS Centro, que mediou os primeiros contatos para que eu pudesse fazer o convite e explicar a pesquisa aos

usuários. Por fazer as narrativas dentro do próprio CAPS houve dificuldades cotidianas que atravessavam a programação combinada por mim e pelos narradores.

O primeiro narrador foi Erik*, nos conhecemos no meio de uma oficina que acontecia no CAPS. Após a oficina conversamos junto com uma estagiária de terapia ocupacional da UNIFESP que me ajudou a me aproximar mais dele. No início dos nossos primeiros encontros sempre havia uma pessoa que conhecíamos ajudando na mediação, enquanto o tempo passava tanto Erik* quanto eu ficávamos mais a vontade e assim essa pessoa se retirava, até que a mediação não era mais necessária.

A narrativa com Erik* no início foi frustrante, pois ele não parecia aderir a proposta. Por muitas vezes ele preferia conversar sobre música comigo do que falar sobre a história da sua vida, e quando falava era bastante confuso. No segundo encontro que tivemos, assim que cheguei no CAPS, uma funcionária me aborda e me conta que aquele não era um bom dia para entrevistar o Erik*, que ele não havia tomado o medicamento corretamente e estava muito agitado e agressivo.

“A terapeuta ocupacional da unidade repete a fala da outra funcionária sobre o Erik não estar em um bom dia, mas deixa a meu critério ir conversar com ele ou não. Concluimos que era melhor conversarmos com ele e avisar que eu estava ali para a narrativa, mas que poderia voltar em outro dia caso ele não estivesse bem.*

Falamos com ele e ele respondeu que estava bem, apesar de parecer mais ranzinza. Ficou bravo com a ideia de conversar outro dia, disse que se fosse outro dia ele preferia não participar da pesquisa - e se sentiu muito atravessado pela presença da T.O, falando “que ela se intromete em tudo”; a residente de terapia ocupacional e eu tentamos explicar que ela estava cuidando, e ele ficou desconfiado com isso. Sem a presença da T.O perguntei se eu poderia ler o meu projeto de pesquisa, e caso ele não quisesse participar estava tudo bem, mas que eu gostaria de ler antes para ele. Ele topou. Enrolou um pouco porque estava ouvindo música, mas deixou eu ler para ele, no entanto a todo tempo redirecionava para outro assunto. Contudo, depois de um tempo, ele se mostrou interessado e até abaixou o volume do som para me ouvir melhor.

Ele aceitou fazer a pesquisa, e assinamos o TCLE após lê-lo.”

(Diário de Campo, dia 17 de maio de 2018)

Essa situação tornou-se marcante para mim em razão do posicionamento de Erik* a respeito da minha sugestão de fazer a narrativa em outro dia. Uma vez que antes de conversar com ele, na minha cabeça, a melhor opção naquela situação seria fazer a narrativa em outro dia acreditando que seria o melhor para ele. No entanto, eu nem havia conversado com ele para saber realmente como ele estava e o que ele preferia. Apesar da opinião da equipe ser extremamente importante, eu precisava ouvir também o Erik* antes de idealizar o que seria ou não melhor para ele. A partir desse episódio me coloquei a ouvir mais os usuários.

No entanto, essa situação não facilitou o processo da narrativa com Erik*.

“Foi complicado para mim conseguir retomar a narrativa [...] e tentava estimular o Erick a falar, a falar sobre o Anchieta e sobre o racismo [...] Erik* fala muito baixo, quase um murmúrio; e bem rápido. Eu não conseguia entender tudo que ele falava, e o que eu entendia era algo totalmente fora do assunto. Parece que estamos falando línguas diferentes. Cada pessoa que entra na sala se torna uma distração.”*

(Diário de Campo, dia 20 de junho de 2018)

Eu fazia um grande investimento na narrativa do Erik*, trazia perguntas que pudessem incendiar a discussão, mas nunca incendiava. Em certo momento ficou exaustivo esse esforço todo para pouco resultado e Erik* também demonstrava estar cansado em suas falas.

“Mas voltando para a sala, ele se mostra pouco interessado e já não encontro sentido em continuar a narrativa com Erik e ele demonstra o mesmo. Converso um pouco com ele sobre isso e ele prefere finalizar a narrativa. Explico para ele que eu ia continuar indo lá conversar com outras pessoas e talvez estagiar lá; e que provavelmente iríamos nos ver muito.”*

(Diário de Campo, dia 20 de junho de 2018)

E após a “finalização” da narrativa, no nosso primeiro reencontro Erik* decide retomar. Há um desejo dele de falar comigo e esse desejo também se torna meu. Contudo, Erik* quer falar de outras coisas e era ótimo que ele quisesse e nos encontros do dia a dia íamos conversando sobre as situações cotidianas e quando

ele se sentisse à vontade, naturalmente, trazia a temática que prevíamos nas narrativas.

Em todo momento em que estivemos juntos, Erik* sempre parecia estar a beira da crise. Em muitas situações ele estava mal, mas havia outras em que ele estava muito bem. Eu havia criado toda uma expectativa em cima de Erik* e da sua história. No primeiro momento me decepcionei com a forma que o processo estava caminhando, mas depois eu entendi que o processo deveria ser outro e essa era a forma que o Erik* gostaria de compartilhar sua história de vida comigo. Não foi exclusivamente ouvir sobre sua vivência com o racismo, mas dividir com ele uma conversa sobre algo que ele queria muito me contar, ou ouvir uma música dos The Beatles juntos.

Após aceitar que essa condição também era válida, que era importante seguir os movimentos do narrador, o sentimento de decepção foi substituído pelo de satisfação.

A construção da narrativa com Lucas* foi totalmente diferente. Desde o início Lucas* demonstrou-se bem articulado e que havia compreendido a proposta da pesquisa. Ele narra de forma linear e preocupado com a forma que eu receberia as informações. Com Lucas* eu consigo apresentar e analisar a narrativa em conjunto, até conseguimos refletir sobre a questão do racismo criticamente.

Referente ao racismo, em um dos encontros, Lucas* me relata o fato das pessoas o chamarem por *negão* e fica muito marcado para mim que os chefes que Lucas* teve ao longo da vida chamavam-no assim ao solicitar algo. *Negão* não é apelido de Lucas*, ele não pediu para que o chamassem assim. Esse tipo de situação é algo que me incomoda e me afeta profundamente, mas parecia não comover Lucas*, era algo normalizado. Então, proponho a Lucas* pensarmos sobre isso:

“Faço a sugestão de pensarmos sobre isso colocando a mesma situação relatada, mas com outros atores, sendo um homem branco. E pergunto para Lucas, se ele já viu isso acontecer, alguma vez. Ele responde que não [...]”*

(Diário de Campo, dia 05 de outubro de 2018)

Em muitos momentos, após uma pergunta disparadora, Lucas* conta que nunca havia pensado em determinado assunto. Portanto, em muitos momentos, o convido a refletir junto comigo, e sempre estimulando que ele colocasse a sua opinião.

Ouvir as histórias, as opiniões, as dores e as paixões desses dois sujeitos me ensinaram muito. Com Erik* foi necessário uma aproximação mais afetiva, criada no vínculo enquanto com Lucas* a aproximação foi na conversa e racionalidade. No geral, foram muitos afetos, vivências e histórias criadas e compartilhadas. A experiência dessas narrativas não só integraram a esta pesquisa, como agregaram na minha vida profissional, pessoal e de militância.

6. REFLEXÃO E DISCUSSÃO

6.1 O QUE É SER NEGRO?

A compreensão do ser negro existe e coexiste em duas dimensões: a singular e a coletiva. Na dimensão singular o ser negro é uma experiência muito individual, de como o sujeito se encontra e se comunica com o mundo. Considerar e refletir sobre ser negro - no singular - pode ser ou não uma questão para o sujeito. Pensar em negritude, individualmente, pode fazer muito sentido ou sentindo algum - o sujeito fará escolhas se julga a etnia como um fator que atravessa sua história, vida e cotidiano. Esse entendimento é muito individual e muitas vezes é resultado da trajetória desses sujeitos.

Na dimensão coletiva não podemos cogitar só com as singularidades, essa dimensão é concreta e perceptível nos dados e na história. Podemos certificar que existiu escravidão do povo africano no Brasil por mais de trezentos anos - isso é um fato! Podemos afirmar que a cada 23 minutos um jovem negro morre no Brasil. Isso é outro fato! Com os dados científicos resultantes de muita pesquisa conseguimos afirmar o que acontece com a população negra no Brasil, o que ultrapassa os achismos e as singularidades.

Essas duas dimensões podem coexistir quando os sujeitos reconhecem sua individualidade e também reconhecem a vivência de um coletivo. No entanto, o contrário também pode acontecer. Conforme a filósofa Djamila Ribeiro:

“O fato de uma pessoa ser negra não significa que ela saberá refletir crítica e filosoficamente sobre as consequências do racismo. Inclusive, ela até poderá dizer que nunca sentiu racismo, que sua vivência não comporta ou que ela nunca passou por isso [...] Mas o fato dessa pessoa dizer que não sentiu racismo, não faz com que, por conta de sua localização social, ela não tenha tido menos oportunidades e direitos” (RIBEIRO, 2017 p. 67-68)

Nas narrativas conseguimos analisar que Lucas* consegue fazer essa crítica mais filosófica, principalmente na dimensão coletiva, inclusive mais do que a singular. O narrador dá mais enfoque, ao pensar sobre o racismo, nas questões que afetam mais a população negra, e quando trazemos para o âmbito singular pouco se é analisado pelo próprio. No entanto, quando ele relata sobre ser negro Lucas* persiste na ideia do tom da cor de pele, que ser negro é ser de uma cor, sem analisar propriamente a questão étnico racial dessa indagação, tampouco traz essa análise para a sua subjetividade.

Já Erik* não faz nenhuma análise crítica sobre o racismo ou sobre ser negro, seja pensando na dimensão coletiva ou singular. Erik* escolhe falar mais sobre a sua vivência no manicômio, que possivelmente é o que faz mais sentido na sua trajetória.

Apesar de haver uma discrepância entre a compressão de Erik* e Lucas*, ambos têm dificuldade de reconhecer a sua própria experiência de ser negro, e essa dificuldade é muito comum. Essa dificuldade vem de diversas barreiras que foram construídas para boicotar a ascensão social das pessoas negras. Essas barreiras contribuíram para ampliar o fosso que separa a identidade dos sujeitos enquanto indivíduos - que seria sua singularidade - e enquanto grupo (SOUSA, 1983) E não se reconhecer como uma pessoa negra e nem com os seus iguais em toda a sua complexidade sociohistórica pode resultar em sujeitos que desconsideram e menosprezam as pautas das lutas do movimento negro, e acarreta a inferiorização e *mimetização* das violências ocorridas pelo racismo, e como consequência, acaba normalizando o racismo como se não fosse uma violência que afetasse em maior e mais intenso grau certos grupos étnico raciais. E o questionamento do porquê afeta mais um grupo e menos o outro não acontece, não se torna válido devido ao não reconhecimento.

Para falar sobre o racismo é necessário conhecer o que é racismo, e para conhecer é preciso explorar e averiguar os dados históricos e sociológicos desde quando essa violência se inicia, o que ela produz no mundo e o porquê acontece. Quanto mais investigamos, mais reconhecemos a existência do racismo no nosso cotidiano e isso gera sofrimento. Compreender a existência do racismo gera sofrimento, mas também gera luta, uma luta antirracista.

Há uma extrema necessidade de falar, estudar, produzir e reproduzir o que significa ser negro e sobre o racismo, porque quando colocamos em pauta esses temas desnaturalizamos a violência racista colonial enraizada na nossa sociedade. E tiramos o peso das pessoas negras que não conseguem alcançar a ascensão social e acreditam que é resultado unicamente delas, uma ideia falsa e sórdida da meritocracia. Quando, na verdade, esses sujeitos não alcançam a ascensão social por causa de um sistema capitalista racista que lucra dessa forma. Tentar alcançar essa ascensão individualmente é nadar contra uma enorme maré sozinho, sem nenhum equipamento aquático quando existem pessoas usando barcos - e se culpar por não ter conseguido chegar em terra firme junto com as pessoas do barco. Entender o que significa ser negro e o que é o racismo é compreender que não é nossa culpa se não chegamos em terra firme, mas de um sistema que faz que nademos sozinhos contra a maré, enquanto outras pessoas podem ter barcos. E nos instiga a questionar o porque que o barco não pode ser para todos?

Essas indagações incitam a busca por equidade, para enfim conseguirmos falar sobre igualdade e democracia racial.

6.2 REPRODUÇÃO DO RACISMO

Como supracitado na introdução do trabalho, existem três teses que evidenciam os diferentes tipos de racismo. Nas narrativas podemos encontrar a segunda tese, que se refere ao racismo reproduzido, que existe sem ser articulado com a ideologia de hierarquização das raças e que está presente nas ações preconceituosas e discriminatórias (CAMPOS, 2017)

Quando Lucas* narra sobre a sua infância, ele relata uma vivência na qual sofreu racismo, mas não identifica como uma ação racista. O narrador caracteriza a ação como uma brincadeira. Quando recitaram para Lucas* o poema chamado

“Peleja do Cego Aderaldo com Zé Pretinho dos Tucuns”, de Firmino Teixeira do Amaral, pressupõe-se que não o recitaram ideologicamente mediante a idéia da hierarquização das raças, mas que associavam pela sua etnia - já que no poema se refere ao homem negro.

“Nego, Cabeça de burro!

Cara de cavalo”

Lucas* narrativa (p.30)

A reprodução do racismo não está necessariamente articulada com ideologias, grandes concepções ou uma estruturação; apesar que o racismo se reproduz porque já existe um vestígio dele que vem de ideologias, concepções e estruturação na sociedade. Ou seja, a reprodução do racismo está na ação de reproduzir falas estereotipadas em tom de piada, como se fosse uma brincadeira, algo inocente - tanto que as pessoas que cometem essa ação, normalmente, não julgam suas falas e ações como racistas. Além dos mais, os sujeitos que sofrem com essa reprodução - caso não tenham a percepção aguçada na identificação de ações racistas - pode julgar essa ação como não racista. Na narrativa Lucas* analisa que as ações racistas - não intencionais - ocorrem porque essa ação é considerada naturalizada.

*“[...] às vezes é brincadeira, fazem
para tirar sarro, para passar o tempo.”*

Lucas* narrativa (p.34)

Um elemento que contribui com o julgamento da reprodução do racismo como não sendo racismo, e muito menos uma violência, é que em muitos dos casos essa ação não está acompanhada de alguma agressão física. Normalmente, essa violência fica na representação da linguagem e por isso é deslegitimada sobre ser uma violência.

“Lucas não identifica esse
acontecimento como racismo porque não
houve agressão física”*

Lucas* narrativa (p.30)

Ainda assim, a reprodução do racismo ainda é uma violência que fere e desumanizar os sujeitos que sofrem com ela é um dos mecanismos que alimenta as

relações de poder, que como já dito, produzem a verdade. Logo, o racismo será sustentado por essas relações de poder e assegurado por essa verdade que o poder produz.

6.3 RACISMO É IGNORÂNCIA?

Existe uma compreensão de que o Brasil é um país racista; apesar disso ninguém assume a prática do racismo. Os brasileiros tratam o racismo como problema do *outro* - aquele que sofre. E quem comete a ação racista também seria o *outro*. Logo, o racismo existe, mas ninguém se responsabiliza por ele.

Quando se questiona o porquê das pessoas serem racistas, uma das explicações é a ignorância. Quando Lucas* fala desse assunto, ele relata:

“[...] o racismo vem de pessoas sem cultura, que não tem estudo, que moram na rua, que não tem uma perfeita educação”

Lucas* narrativa (p.33-34)

De acordo com Castro e Abramovay (2006), o racismo não vem unicamente do resultado da ignorância ou da falta de conhecimento e informação, mas é um produto da cultura humana que envolve diversas combinações de fenômenos, alteridades, afetividades e racionalidades. Além do mais, existe um interesse de poder para que o racismo continue a existir.

O racismo não é algo natural do ser humano, não nascemos racistas. O racismo está vinculado ao sistema capitalista (SILVA; BERTOLDO, 2010). O capitalismo constitui-se na exploração da força de trabalho. No passado, a exploração era feita através da escravidão, sendo o negro a força de trabalho e a própria mercadoria. Atualmente, o trabalho escravo é ilegal no Brasil, no entanto, as pessoas negras assumem os piores cargos e recebem salários inferiores comparado às pessoas brancas. Tanto a escravidão como o racismo proporcionaram o acúmulo de capital da burguesia, consolidando o poder econômico, social e político dessa classe dominante. Além da burguesia explorar a classe trabalhadora, eles estabelecem preconceitos de gênero e de raça buscando justificar a exploração que acontece em maior grau com as mulheres e as minorias étnico-raciais (DAVIS, 2016). Estabelece uma estratégia de atribuições de

características negativas a população negra com finalidade de manter o lugar da participação social do negro no mesmo nível que se encontrava na escravidão (SOUSA, 1983); então se usa muito da produção do medo para produzir essas atribuições.

Na lógica capitalista, o racismo encontra-se de forma enrustida e camuflada nas relações sociais de classe, sendo evidente com a representação de dados que mostram que a população negra ocupa os últimos lugares da pirâmide social (SILVA; BERTOLDO, 2010), mesmo sendo a maior parte da população brasileira.

Para Silva e Bertoldo (2010) as práticas e ações racistas dividem a classe trabalhadora, colocando trabalhadores contra trabalhadores. E a divisão da classe trabalhadora prejudica o processo da luta de classes. Portanto, as autoras entendem o racismo como um subproduto da sociedade de classes, sendo que a classe dominante, a burguesia, usa o racismo para sustentar a divisão entre a classe trabalhadora, prejudicando a sua união contra o sistema capitalista, que oprime a todos. Em vista disso, o racismo se torna um importante elemento para a manutenção de poder dessa classe.

E essa artimanha da burguesia está tão enraizada que atinge os brancos pobres da classe trabalhadora e também as pessoas negras. Na perspectiva marxista, as ideias da classe dominante sempre serão as ideias dominantes da sociedade. Com o racismo e o sexismo, o homem branco da classe trabalhadora abstrai a exploração que sofre como trabalhador para reproduzir o racismo e sexismo, retendo uma falsa sensação de poder.

Portanto, o racismo não surge unicamente da ignorância das pessoas, mas sim de um sistema perverso que oprime a todos nós de diversas formas, e para esse sistema continuar nos oprimindo é necessário que haja desunião entre a classe trabalhadora e que estejamos *lutando* entre nós para não lutarmos contra eles. Entretanto, o racismo é reproduzido pela a ignorância das pessoas e como já dito no tópico acima, a reprodução do racismo ainda é uma violência que fere e desumaniza os sujeitos que sofrem com ele. E apesar de ressaltarmos no texto o quanto a classe dominante ganha com o racismo não podemos esquecer que a branquitude pobre e da classe trabalhadora também usufruir dos privilégios que o racismo produz, então as pessoas brancas pobres e da classe trabalhadora não

estão isentas da sua responsabilidade na existência do racismo; a propósito, é necessário que elas se responsabilizem, sejam antirracistas e lutem lado a lado com as pessoas negras.

6.4 SOFRIMENTO DA POPULAÇÃO NEGRA E SAÚDE MENTAL

Há uma ausência de estudos sobre a vivência de ex-internos do manicômio focando na sua experiência de vivenciar o racismo dentro dessa instituição. Um estudo feito por BARROS (et al, 2014) relatou que 38,36% das pessoas institucionalizadas em hospitais psiquiátricos em São Paulo são negras, sendo que, segundo a Fundação SEADE (s.d.) em 2005, dentro do total da população do estado de São Paulo, apenas 30,9% são pessoa negras.

As questões do racismo institucional é um assunto ainda recente para a sociedade, estando - raramente - presente no meio acadêmico e nos espaços de militância. Os narradores não reconhecem na sua vivência nos manicômios a experiência do racismo, apenas fora dessa instituição. Eles identificam outras formas de racismo - o reproduzido -, e não apontam o racismo institucional nas suas vivências fora do hospital psiquiátrico. No entanto, isso não significa que o racismo institucional - assim como o reproduzido e o ideológico - não estavam presentes dentro dessas instituições.

O racismo é gerador de sofrimento e pode ser gerador de sofrimento psíquico. No tempo da escravidão era comum os escravos falecerem por diversas doenças causadas por parasitas e condições insalubres; no entanto, algumas doenças eram causadas pelo sofrimento e pela nostalgia que eram conhecidas como *banzar*, como também eram chamadas de *doenças da alma* (SILVA, 2017) A dor por todo sofrimento vivido, pelo sequestro, pelo trabalho forçado, pelos estupros e pelo açoitamento transformava-se em uma depressão profunda. Era bastante comum os escravos recusarem-se a se alimentar e se impregnarem pela tristeza, sendo esta uma forma passiva de suicídio; contudo o suicídio também ocorria com os métodos tradicionais como enforcamento, uso de armas brancas e afogamento (ODA, 2008 apud SILVA, 2017)

Tanto quanto Lucas* quanto Erik* tentam cometer suicídio na juventude. Erik* não aprofunda sobre os motivos que o levaram a tomar essa decisão, mas Lucas*

sim e deixa claro que um dos principais motivos era o desemprego. Lucas* tinha apenas 17 anos e já sofria com o desemprego. Na sociedade capitalista em que vivemos o emprego é um fator importante para nos relacionamos. Conforme Castel (1989)

[...] ser um sujeito implica sempre a obrigação de ocupar um estado e ter uma posição em uma rede de coações que é, ao mesmo tempo, o único sistema possível de reconhecimento, de troca e de assistência. (CASTEL, 1989 p. 28)

A falta de emprego para uma pessoa pobre significa a fome, a falta de moradia, a fragilidade nas relações de troca, leva à miséria e à exclusão. Castel (1989) nomeia essa situação como zona de *desfiliação*, que relaciona a ausência de trabalho e isolamento social, e também reconhece a precariedade do trabalho e a fragilidade relacional como zona de *vulnerabilidade*. Deve-se considerar que vivemos em um país extremamente desigual onde a população branca ocupa a maioria dos trabalhos formais, com carteira assinada e com as leis trabalhistas a seu dispor, enquanto a população negra, em suma maioria, ocupa os trabalhos informais, com insalubridade, salário inferior e de pouco valor social. Logo, a maioria das pessoas que sofrem com o desemprego e subemprego são pessoas negras.

Castel (1989, p. 46) afirma que a pobreza não é apenas o contrário da riqueza, “mas o resultado de uma dupla dinâmica de precarização e fragilização”. Logo, não é só a ausência ou a pouca quantidade de bens que vai definir a pobreza, mas a privação do acesso a serviços básicos da humanidade. Conforme LÓPEZ (2012) o racismo institucional promove desigualdade na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades, do ponto de vista racial. Em vista disso, como resultado haverá limitações no acesso a serviços importantes para a ocupação humana, como a educação, a saúde, o acesso a moradia, a alimentação, a saneamento básico, lazer, cultura, ao mercado de trabalho, etc .

Nessa perspectiva, um sujeito negro e pobre teria duas vezes mais obstáculos a ter o acesso digno e integral aos serviços necessários e às oportunidades. Logo, é indispensável pensar no racismo como um sintoma que afeta todas as áreas e campos ocupacionais da vida dos sujeitos.

Quando nos referimos sobre o racismo neste item estamos falando do racismo ideológico, reproduzido e institucional. O racismo pode provocar explicitamente ou implicitamente o sofrimento, dependendo das suas diversas formas e graus de (re)conhecimento sobre o racismo e sobre a sua negritude. Quando a causa é explícita, normalmente, vem do racismo ideológico e reproduzido, quando o racismo está mais visível e concreto, e as violências são mais perceptíveis e conseguem ser nomeadas. No caso do implícito, geralmente, vem do racismo institucional que é pouco reconhecido, logo menos visível e suas ações consomem outros campos, como por exemplo no caso do Lucas*. Ele reconhece o desemprego como algo que lhe causa sofrimento, no entanto atrás desse desemprego existe todo um suporte do racismo institucional. Logo, não é só o desemprego que lhe causa sofrimento, mas o racismo também, por ser um dos motivos para a existência desemprego. Todavia, para chegar nessa conclusão é necessário ter um repertório importante, compreender o que é racismo - em todas suas esferas - entender a história da escravidão, o lugar social que o negro ocupa atualmente e o porque ocupa - resumindo, fazer toda a trajetória que fizemos com essa pesquisa.

Entretanto, é importante recapitularmos que é de interesse do capital que as pessoas negras ocupem esses lugares para legitimar a exploração que acontece em maior grau com essa população, e também é conveniente para pessoas brancas pobres e da classe trabalhadora, pois se as pessoas negras ocupam, em sua maioria, esses lugares inferiores, cabe à maioria das pessoas brancas ocuparem os lugares “*superiores*” - mesmo que esse superior não seja tão longe do inferior. Sustenta-se assim uma falsa sensação de superioridade que alienadamente reproduz o racismo buscando manter esse lugar, assim abstraindo a exploração que as pessoas brancas como classe trabalhadora também sofrem.

Considerando essas circunstâncias podemos pressupor que o fim do racismo só é possível com o fim do capitalismo. No entanto, enquanto a classe trabalhadora não tem êxito na transformação do modo de produção e emancipação humana, os movimentos sociais de luta anti racista buscam por meio de políticas públicas e sociais conscientizar a população e transformar esse cenário - como a política de cotas raciais e a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, que foram

resultado da luta dos movimentos sociais -, focando na diminuição da desigualdade racial, mas não no seu extermínio.

A ausência de discussões sobre o racismo na graduação dos cursos da saúde, assistência social e educação contribui para formação de profissionais que vão omitir as consequências do racismo no acesso a esses serviços. A falta desse conhecimento para os profissionais da saúde e da assistência social vai minimizar e/ou desprezar as dores causadas pelo racismo que os pacientes terão. Os profissionais ficarão focados em seus campos de ação, presumindo que o acesso a eles é o problema, sem conseguir analisar e reconhecer que o racismo também é um dos problemas. Por exemplo, o problema do desemprego e da terceirização, que é um campo que afeta toda uma população, no entanto, o problema afeta primordialmente a população negra. Esse problema não pode ser apenas justificado por uma crise econômica, mas precisa ser visto como uma crise do racismo institucional, que coloca as pessoas negras em posições de trabalhos inferiores e insalubres. O profissional que ignora o racismo nessa situação apaga todo um contexto histórico social que é a causa dessa situação; não dá para desvincular o racismo.

Portanto, quando os usuários procurarem cuidados na saúde mental causados pelos impactos do racismo, é possível que esses usuários sejam recebidos com o descaso dos próprios profissionais da saúde mental - e isso é mais um diagnóstico do racismo institucional enraizado na sociedade.

6.5 CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS DA ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL

A Terapia Ocupacional atende uma clientela que por algum motivo biopsicossocial e cultural não consegue pôr em prática integralmente as atividades e ocupações significativas do seu cotidiano. Nessa perspectiva, podemos considerar o racismo como um agravador social e cultural que dificulta a integridade dos sujeitos em diversas esferas - já que o racismo institucional atravessa as instituições. Nesse sentido a Terapia Ocupacional pode promover, nos seus diversos campos de atuação, estratégias e potenciadores para o enfrentamento dessa opressão (FARIAS et al, 2018)

Assim como toda área da Terapia Ocupacional, busca-se atuar em conjunto com a clientela\população em suas intervenções. Conforme Farias (et al, 2018) em relação ao racismo é preciso intervir nas demandas de duas esferas:

1) a microsocial - que se refere às questões que acontecem no território e na comunidade, nas relações interpessoais, na história e cotidiano de vida desses sujeitos, nos conflitos pessoais e grupais, na subjetividade e na singularidade.

2) a macrosocial - que se refere às questões do racismo institucional, que atravessam as asserções políticas, econômicas e de direito.

Na esfera microsocial a intervenção deve acontecer nos territórios - onde a vida dos sujeitos se dá. Essa intervenção é mais individual, focada nas urgências do cotidiano e no exercício da conscientização da comunidade sobre o racismo, sobre a identidade, e estimulando a participação da comunidade em conselhos locais e na criação de políticas sociais. A mediação que acontece na esfera microsocial é fundamental para pensar no trabalho macrosocial.

[...] o profissional, que se constitui como agente que busca responsabilidade social, irá articular políticas sociais e estratégias de ação com o objetivo de fortalecer redes de direitos sociais (de acordo com a necessidade da população), procurando formas de superar as desigualdades de acesso aos direitos fundamentais, e sinalizando a importância de políticas públicas que contemplem a igualdade racial. Essa articulação micro e macro é um trabalho complexo, que busca as questões individuais e subjetivas articuladas com políticas e com a própria militância. Dessa maneira, as histórias de vida e ocupações marcadas por relações raciais opressoras são articuladas com a estrutura política e coletiva, para dar conta da complexidade do racismo e desigualdade racial. (FARIAS et al, 2018, p.238)

As intervenções na esfera macrosocial acontecem na elaboração de políticas públicas e sociais, na construção de projetos comunitários, na melhoria do atendimento dos serviços visando diminuir a desigualdade racial e promover uma democracia racial. Por isso é importante a participação das pessoas negras nesses espaços; no entanto elas precisam se sentir pertencentes a esse lugar e a esse direito - e o trabalho microsocial pode possibilitar essa aproximação.

Pensando nisso é fundamental explorar estratégias que visem a conscientização e o empoderamento com o objetivo de emancipar o engajamento político desses sujeitos. A conscientização desenvolve um pensamento crítico, que reconhecerá as opressões e desigualdades sofridas, reconhecendo o lugar social do negro posto na sociedade brasileira e aduz ao empoderamento. Conforme Farias, com o empoderamento os sujeitos:

[...] passam a compreender as estruturas nas quais se encontram e percebem que o problema não está neles mesmos, mas nas ideologias racistas, reconhecendo seu corpo como potência para a transformação e o questionamento do status quo. Além do mais, busca-se a emancipação, o que significa ir além de condições pautadas na hierarquia social e racial, em busca da superação da desigualdade racial [...] (FARIAS et al, 2018, p. 238-239)

Em vista disso, as intervenções promovidas tanto no âmbito micro quanto macro, tem como objetivo a conscientização e empoderamento da população negra, visando sua emancipação. As intervenções podem acontecer em múltiplos cenários, como nas escolas, nas organizações não governamentais, nos serviços de saúde, nas assembleias comunitárias, nos centro de convivência, nos serviços da assistência social, em qualquer lugar em que a terapeuta ocupacional esteja atuando e que faça sentido essa intervenção; é necessário que a demanda apareça e o trabalho conjunto com a comunidade é primordial.

A Terapia Ocupacional Social é a área que pode oferecer e contribuir bastante com as intervenções micro e macro, pensando no trabalho territorial e comunitário; essa área fornece muitas ferramentas que sustentam as intervenções com a população marginalizada. O Projeto Metuia, criado em 1998, é idealizado tendo como objetivo tencionar a construção das experiências em terapia ocupacional social. De acordo com Barros e Galvani:

[...] Trata-se, portanto, de pensar a profissão no interior das dinâmicas sociais e culturais nas quais se produzem situações de desigualdade, de desqualificação de identidades, desenvolvendo ações em espaços que nos colocam diante de desafios teóricos, tecnológicos e metodológicos. (BARROS, GALVANI ,2016)

Intervir promovendo a conscientização e o empoderamento sobre identidade racial é um desafio, tanto para a terapia ocupacional quanto para qualquer profissão. Contudo é um desafio necessário, que a todo tempo nos convoca a sair da zona de conforto. Esse desafio não pertence apenas a Terapia Ocupacional Social, mas a todas as áreas - é necessário que todos os terapeutas ocupacionais tenham o mínimo de consciência sobre a identidade negra, sobre a existência do racismo institucional e sobre os dados estatísticos; é essencial que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra - assim como a política dos indígenas e dos LGBTQs - sejam pautadas como temas de estudo na formação dos profissionais que trabalham na área da saúde. Dessa forma, as terapeutas ocupacionais conseguiriam atender integralmente e sem reproduzir atitudes racistas seus pacientes negros, ofertando um cuidado íntegro e digno.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos constatar que o racismo, nas suas três dimensões - institucional, reproduzido e ideológico -, é uma ameaça para o bem-estar da população negra. Principalmente o racismo institucional, presente em instituições que fazem parte do cotidiano dos sujeitos, como a universidade, o mercado de trabalho, os serviços de saúde, o setor da segurança. Essa combinação entre o racismo e instituição resulta em negligências que afetam diretamente o cotidiano das pessoas negras e seus direitos como cidadãos.

O manicômio é uma instituição que produz violência, negligência e infringe os direitos dos seus internos; é uma barreira da relação social dos internos com o mundo externo. Conforme Basaglia (1985), um sujeito que está internado em um hospital psiquiátrico é um homem sem direitos, uma vez que está submetido ao poder da instituição. Essa submissão produz exclusão na relação com o mundo externo e é tão significativa quanto a doença.

Nessa lógica, podemos considerar que o racismo institucional dentro dos hospitais psiquiátricos amplia as negligências e as violências sofridas. Contudo, há uma complexidade no seu reconhecimento, visto que o racismo institucional é um conceito ainda recente e que existe uma dificuldade dos sujeitos em se reconhecerem como negros.

A dificuldade do reconhecimento do ser negro na dimensão singular e coletiva prejudica a análise da compreensão do racismo como um sintoma existente no cotidiano das pessoas negras e que atravessa diversas esferas, afetando a população negra. O não reconhecimento busca atribuir o fenômeno do racismo a outras estruturas, negando o fato de que vivemos em um país racista.

Seguindo as ideias de Fanon (2008), é necessário conscientizar os sujeitos, para que eles não busquem o embranquecimento com o intuito de se proteger do sofrimento e das violências causadas pelo racismo, mas que se conscientizem para que produzam mudanças nas estruturas sociais. Fanon conta que o nosso objetivo é esclarecer essas causas, e tornar os sujeitos capazes de escolher a ação para enfrentar a verdadeira origem do sofrimento: as estruturas sociais.

Como terapeutas ocupacionais é fundamental explorarmos estratégias que visem a conscientização e o empoderamento com o objetivo de emancipar o engajamento político desses sujeitos - atuando na dimensão microssocial e macrossocial. A conscientização desenvolve um pensamento crítico que provocará demandas de ações que movimentarão as estruturas sociais.

Com este estudo podemos concluir a importância de possuímos na matriz curricular da Terapia Ocupacional discussões que abordem a saúde da população negra, tendo como base a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, salientando o racismo como sintoma que afeta a saúde dessa população, e que apontem que, como profissionais que vivem nesse contexto, estamos expostos a reproduzimos e sermos afetados e envolvidos pelo racismo institucional.

Reconhecer e compreender que o racismo está presente no cotidiano da população negra, e que corresponde a uma violência que viola e lesiona o acesso íntegro dessa população aos serviços e ocupações da vida humana - sendo que essa população compõe mais da metade da população brasileira -, é incorporar uma atuação que nade contra o sistema, buscando transformações não só nas vivências dos nossos clientes, mas na sociedade.

8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2007.

BARROS, Denise Dias; GALVANI, Debora. **Terapia Ocupacional: social, cultura? Diversa e múltipla!** In: LOPES, Roseli Esquerdo; MALFITANO, Ana Paula Serrata (Org) **Terapia Ocupacional Social: desenhos teóricos e contornos práticos**. - São Carlos: EdUFSCar, 2016.

BARROS, Sônia; BATISTA, Luís Eduardo; DELLOSI, Mirsa Elizabeth; ESCUDER, Maria Mercedes L. **Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial**. Saúde Soc. São Paulo, v.23, n.4, p.1235-1247, 2014

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Coordenado por Franco Basaglia - tradução de Heloisa Jahn. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BATISTA, Micheline Dayse Gomes. **Breve História da Loucura, Movimentos de Contestação e Reforma Psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil**. Revista de Ciências Sociais, n. 40, Abril de 2014, pp. 391-404

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. **Temática Saúde da População Negra**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____. Secretaria Geral da Presidência da República. **Mapa do encarceramento: os jovens do Brasil**. Brasília, DF, 2015.

BRÍGIDO, Edimar Inocência. **Michel Foucault: Uma Análise do Poder**. Rev. Direito Econ. Socioambiental, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 56-75, jan./jun. 2013

CAMPOS, Luiz Augusto. **Racismo em três dimensões**. REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS SOCIAIS - VOL. 32 N° 95. 2017

CASTRO, Mary Garcia; ABRAMOVAY, Miriam. **Relações raciais na escola: reprodução da desigualdade em nome da igualdade**. Brasília : UNESCO, INEP, Observatório de Violências nas Escolas. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001459/145993por.pdf>> Acesso: 2006

CASTEL, Robert. **Da indigência à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional**. In: LANCETTI, A. et al. (Orgs.). **Saúde e loucura: grupos e coletivos**. São Paulo: Hucitec, 1989. p.21-48.

Centro de Educação e Apoio para Hemoglobinopatias (Cehmob-MG); Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina da UFMG (Nupad); Fundação Hemominas (Orgs) **Racismo Institucional: Fórum de Debates – Educação e Saúde.** In: Centro de Educação e Apoio para Hemoglobinopatias (Cehmob-MG). Belo Horizonte, 30 de maio de 2014.

CERQUEIRA, Daniel et al. **Atlas da violência 2018.** Brasília: IPEA, 2018.

DAVIS, Angela. **Mulheres, raça e classe.** tradução de Heci Regina Candiani - 1. ed. - São Paulo: Boitempo, 2016.

DE CARLO, Marysia Mara Rodrigues do Prado; BARTALOTTI, Celina Camargo. **Caminhos da terapia ocupacional.** In: Terapia ocupacional no Brasil : fundamentos e perspectivas[S.l: s.n.], 2001.

DESVIAT, Manuel. **A reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2008.

FANON, Frantz. **Pele negra, máscaras brancas.** tradução de Renato da Silveira . - Salvador : EDUFBA, 2008.

FARIAS, Magno Nunes; LEITE JUNIOR, Jaime Daniel; COSTA, Isabelly Regianne Brasil Braga da. **Terapia Ocupacional e população negra: possibilidades para o enfrentamento do racismo e desigualdade racial.** Rev. Interinst. Bras. Ter. Ocup. Rio de Janeiro. 2018, v.2(1): 228-243

FAVORETO, César Augusto Orazem; JR, Kenneth Rochel de Camargo. **A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.15, n.37, p.473-83, abr./jun. 2011

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder.** Michel Foucault; organização e tradução de Roberto Machado - Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **História da Loucura.** Tradução: José Teixeira Coelho Neto - São Paulo: Perspectiva, 2007

Fundação Seade. **Maior População Negra do País.** São Paulo, s.d..

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** tradução de Dante Moreira Leite. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2008.

GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo. **Racismo e anti-racismo no Brasil.** Novos estudos n. 43. Novembro de 1995.

KALCKMANN, Suzana; SANTOS, Claudete Gomes dos; BATISTA, Luís Eduardo; CRUZ, Vanessa Martins da. **Racismo Institucional: um desafio para equidade do SUS?** Saúde Soc. São Paulo, v.16, n.2, p.146-155, 2007

KINOSHITA, Roberto Tykanori. **Em busca da Cidadania**. In: CAMPOS, Florianita Coelho Braga; HENRIQUES, Cláudio Maierovitch P (Orgs.). *Contra a maré à beira-mar: A experiência do SUS em Santos*. Ed. Hucitec. São Paulo, 1997.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. **Saúde Mental e a Antipsiquiatria em Santos: vinte anos depois**. Cad. Bras. Saúde Mental, Vol 1, no1, jan-abr. 2009

KODA, Mirna Yamazato; FERNANDES, Maria Inês Assumpção. **A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(6):1455-1461, jun, 2007

LÓPEZ. Laura Cecília. **O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde**. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.16, n.40, p.121-34, jan./mar. 2012.

MALFITANO, Ana Paula Serrata. **Campos e núcleos de intervenção na terapia ocupacional social**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v. 16, n. 1, p. 1-8, jan./abr., 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **A utilização do método qualitativo para a avaliação de programas de saúde**. In: CAMPOS, Rosana Onoko; FURTADO, Juarez Pereira; PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, Regina (Orgs.). *Pesquisa Avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narratividade*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.

PAIVA, Vera Lúcia Menezes de Oliveira. **A pesquisa narrativa: uma introdução**. Revista Brasileira de Linguística Aplicada [en linea] 2008, 8 (Julio-Diciembre) : Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339829603001>>

PEREIRA, João Frayze. **O que é loucura**. São Paulo: Brasiliense, 2006

PEREIRA, Mário Eduardo Costa. **Pinel - a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea**. Rev. Latinoam. Psicop. Fund. VII, 3, 113-116. Set/2004

RAMOS, Ana Maria Lana. **Saúde mental, Cidadania e Sistemas Locais: A experiência de Santos**. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) - Fundação Getúlio Vargas, Escola Brasileira de Administração Centro de Formação Acadêmica e Pesquisa. 1996

RIBEIRO, Djamila. **O que é: lugar de fala?** - Belo Horizonte (MG): Letramento: Justificando, 2017

RIBEIRO, Mara Cristina; MACHADO, Ana Lúcia. **A Terapia Ocupacional e as novas formas do cuidar em saúde mental**. Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo, v.19, n. 2, p. 72-75, maio/ago. 2008.

RICOEUR, Paul. **Tempo e Narrativa** - TOMO III. Papirus, 1997.

SAMPAIO, Elias de Oliveira. **Racismo Institucional: desenvolvimento social e políticas públicas de caráter afirmativo no Brasil**. Revista Internacional de Desenvolvimento Local. Vol. 4, N. 6, p. 77-83, Mar. 2003

SILVA, José Bezerra da; BERTOLDO, Maria Edna. **O racismo como subproduto da sociedade de classes**. Revista Espaço Acadêmico No 112 - Setembro de 2010

SILVA, Rafael Pereira da. **Trauma Cultural e sofrimento social: Do banzo às consequências psíquicas do racismo para o negro**. In: XXIX Simpósio Nacional de História. Contra os Preconceitos: História e Democracia. Disponível em: <https://www.snh2017.anpuh.org/resources/anais/54/1488493521_ARQUIVO_Traumassocialesofreimentocultural.pdf> Acesso em: 2017

SOUSA, Neusa Santos. **Torna-se negro: as vicissitudes da identidade do negro brasileiro em ascensão social**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1983.

VIEIRA, Josênia Antunes. **O uso do diário em pesquisa qualitativa**. Cadernos de Linguagem e Sociedade, 5, 2001/2002

9. ANEXOS

Anexo I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **INSTITUCIONALIZAÇÃO E RACISMO: RELATO E ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA DE VIDA DE EX-INTERNOS DE HOSPITAL PSIQUIÁTRICO**. O motivo que nos leva a estudar essa temática é o interesse em investigar a presença do racismo institucional no caso de internações em hospitais psiquiátricos e como isso afeta a saúde daquele que sofre. A pesquisa é importante devido à falta de pesquisas sobre esse assunto. O objetivo desse projeto é conhecer e apontar o impacto da institucionalização em um Hospital Psiquiátrico na vida e cotidiano do sujeito, bem como indicar a presença e as consequências do racismo institucional na vivência na Casa de Saúde Anchieta. Os procedimentos de coleta de dados se darão da seguinte forma: teremos encontros semanais por volta de 4 meses; as datas, horários e tempo de encontros serão definidos por você e pela pesquisadora; os encontros serão gravados e transcritos. Pode surgir algum desconforto e risco mínimo para você quando da coleta do material, pois falar de si pode gerar algum incômodo, o que exigirá que estejamos atentos a isso.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Curso Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Paulo e outra será fornecida a você.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente você estará contribuindo para a compreensão da institucionalização e do racismo institucional a partir da sua vivência.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPANTE.

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar ninguém a minha decisão se assim o desejar. O professor orientador Fernando Sfair Kinker certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Em caso de dúvidas poderei chamar a estudante Ingrid Cristine Fonseca pelo e-mail fonseca-ingrid@outlook.com e pelo telefone (13) 991035392 e o professor orientador Fernando Sfair Kinker ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, sito à Rua Prof. Francisco de Castro, n: 55, - 04020-050., tel.:

(011) 5571-1062; (011)-5539-7162. E-mail: cep@unifesp.edu.br

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
Nome	Assinatura da Testemunha	Data

Anexo II

QUESTÕES DISPARADORAS

1. Quais foram os motivos de sua internação?
2. Quanto tempo ficou internado?
3. Conte um pouco como foi a vivência na instituição?
4. Você acha que a sua etnia influenciou na forma como foi tratado no hospital?
De que forma? Você pode falar um pouco a respeito disso?
5. Como sua vida se modificou com as suas internações?
6. Como foi voltar a viver fora da instituição?
7. Como você vive hoje? Fale um pouco do seu cotidiano.
8. Você acha que o racismo está presente em suas relações cotidianas? De que forma?